



ПРАВИЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ в ГБУЗ «НПЦ СПЕЦ.МЕД. ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДЗМ»

хирургическое лечение

ВСЕГО ЧЕТЫРЕ ПРОСТЫХ ШАГА

1 ПРО ДОКУМЕНТЫ

2 ПРО АНАЛИЗЫ

3 ПРО ВАЖНОЕ

4 ПРО РЕБЕНКА



Какие документы понадобятся для госпитализации?



Отметим что уже есть, что бы не запутаться?

РЕБЕНКУ

срок действия

- ☐ Нотариально заверенный перевод на русский язык документа, удостоверяющего личность
- ☐ Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства, на пребывание (проживание) на территории РФ (миграционная карта, с действующим сроком пребывания; временная регистрация на территории РФ; вид на жительство; разрешение на временное проживание; удостоверение беженца и т.д.)
- ☐ Карта профилактических прививок¹
- ☐ Одна или две справки об отсутствии контактов с инфекционными больными²

бессрочно

3 суток

2 - Документ должна содержать в том числе сведения о результатах **туберкулинодиагностики** и о вакцинации **против кори**.

- В случае отказа от **туберкулинодиагностики** - справка от врача-фтизиатра является обязательной.
- В случае наличия медицинского отвода от вакцинации (в том числе против кори), он должен быть подтвержден документом с указанием причины отвода и его срока.
- Если вакцинированы «живыми» вакцинами: **против полиомиелита** - госпитализация возможна не ранее чем через 60 суток, **против кори** - госпитализация возможна не ранее чем через 15 суток.
- В случае наличия у ребенка и/или законного представителя диагноза/признаков туберкулеза при флюорографии или положительной реакции на Диаскин-тест, госпитализация возможна только при наличии справки от фтизиатра.

3 - отсутствие контактов за **последние 21 день по месту жительства**, а также **по месту обучения**.
(если обучается или посещает дошкольное учреждение)

При госпитализации, присутствие родителя/законного представителя является **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ**

РОДИТЕЛЮ (Законному представителю)

срок действия

- ☐ Нотариально заверенный перевод на русский язык документа, удостоверяющего личность³
- ☐ Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства, на пребывание (проживание) на территории РФ (миграционная карта, с действующим сроком пребывания; временная регистрация на территории РФ; вид на жительство; разрешение на временное проживание; удостоверение беженца и т.д.)
- ☐ Данные о профилактических прививках⁴
- ☐ Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными⁵

бессрочно

3 суток

3 - при госпитализации с доверенным лицом, нотариальное согласие является обязательным

4 - необходимо предоставить сертификат о вакцинации (справку о профилактических прививках) или копию медицинской книжки.

Для лиц до 35 лет должны быть указаны данные о вакцинации против кори, либо данные о титре антител IgG к кори.

При вакцинации/ревакцинации «живыми» вакцинами: госпитализация возможна через **60 дней**, после применения «живой» вакцины от **полиомиелита** и через **15 суток** после использования «живой» вакцины **против кори**.

При наличии противопоказаний к профилактическим прививкам должен быть представлен документ о медицинском отводе с указанием учреждения и сроков его действия.

5 - отсутствие контактов с инфекционными больными за **последние 21 день по месту жительства**



Для госпитализации необходимо предоставить результаты следующих анализов и обследований:

РЕБЕНКУ		срок действия
анализы	☐ Клинический анализ крови	14 суток
	☐ Клинический анализ мочи	14 суток
	☐ Биохимический анализ крови (глюкоза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза, общий белок)	14 суток
	☐ Исследование свертывающей системы крови (протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген, АЧТВ)	14 суток
	☐ Определение группы крови, резус-фактора	
	☐ Исследование крови на маркеры гепатитов В и С ¹	90 суток
	☐ Исследование крови на ВИЧ-инфекцию ¹	90 суток
	☐ Исследование крови на сифилис методом ИФА (суммарные антитела) ¹	90 суток
	☐ Мазок из глотки и из зева на BL (дифтерию) ²	20 суток
	☐ Анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз	20 суток
заключения/ исследования	☐ Анализ кала на кишечную группу	14 суток (детям до 2-х лет)
	☐ Электрокардиография ³	30 суток
	☐ Заключение врача-педиатра об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению с анестезиологическим пособием	10 суток

1 - при наличии изменений в анализах **обязательно заключение врача-инфекциониста**

2 - **только** при госпитализации в плановом порядке в отделения **оториноларингологического (ЛОР)** профиля

3 - при наличии изменений на ЭКГ **обязательно заключение врача-кардиолога** об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению

РОДИТЕЛЮ (Законному представителю)	срок действия
☐ Результат флюорографии ³	1 год
☐ Анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз	20 суток
☐ Анализ кала на кишечную группу ⁴	14 суток

3 - результат предоставляется на каждую госпитализацию

- не забывайте делать ксерокопии и заверять их печатью медицинского учреждения
- при наличии изменений необходимо заключение врача-фтизиатра
- кормящим матерям флюорография не нужна
- беременным флюорография не нужна, при наличии справки из женской консультации

4 - для родителей детей до 2-х лет

Для заметок:



На что нужно обратить внимание?

Это действительно важно

Помешать госпитализации может:

- ☒ если не полный перечень документов, анализов и исследований, либо если они просрочены
- ☒ если в результатах анализов есть отклонения или изменения и нет заключения специалиста
- ☒ если в документах отсутствует печать и подпись
- ☒ наличие катаральных признаков болезни (кашель, повышенная температура тела, боль в горле и т.д.)
- ☒ наличие острого или обострение хронического инфекционного заболевания
- ☒ отсутствие полного пакета документов, анализов и исследований, при повторной госпитализации
- ☒ первая фаза менструального цикла

Сообщите:

- ☐ в день госпитализации об открытии или продлении листа временной нетрудоспособности
- ☐ **заранее о невозможности госпитализации**

Так Вы ускорите госпитализацию других детей

Идентификация:

- ☒ осуществляется специальным браслетом и снижает вероятность неблагоприятного события
- ☒ на браслете указано: Ф.И.О., дата рождения, возраст, отделение и телефон
- ☒ идентификация в НПЦ Солнцево обязательна



Возьмите с собой:

- ☐ удобную сменную одежду и обувь
- ☐ туалетные принадлежности и предметы личной гигиены

Время госпитализации:

- 8⁰⁰-8¹⁵** Пациенты в стационар кратковременного пребывания (СКП)
- 8³⁰-9³⁰** Пациенты в отделение оториноларингологии (ЛОР)
- 9⁵⁰-10⁵⁵** Пациенты в хирургическое отделение №1 (ХО-1)
- 11⁰⁰-12⁰⁰** Пациенты в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ)
- 12¹⁰-13²⁰** Пациенты в отделение психоневрологии №1 (ПНО-1)
- 13²⁰-14⁰⁰** Пациенты в отделение психоневрологии №2 (ПНО-2)
- 14¹⁰-15⁰⁰** Пациенты в онкологические отделения №1 и №2 (ОО-1 и ОО-2)

Прибывайте на госпитализацию к точно назначенному времени

Мы Вас попросим:

- ☒ сдать чемоданы и объёмные сумки в гардероб
 - ☒ соблюдать нормы и правила личной гигиены
 - ☒ строго следить за безопасностью и поведением ребенка
 - ☒ соблюдать установленный режим в отделении
 - ☒ во время клинических обходов и дневного сна находиться в палате
 - ☒ прогулки по распорядку и только на территории Центра
 - ☒ бережно относиться к имуществу учреждения¹
- 1 - при порче имущества по вине пациента или сопровождающих его лиц - ущерб подлежит возмещению**

У нас категорически запрещается:

- ☒ пользоваться бытовыми электроприборами
- ☒ оставлять своего ребенка (детей) без присмотра
- ☒ покидать отделения после 21⁰⁰
- ☒ **курить, употреблять спиртные напитки, психоактивные вещества**
- ☒ покидать территорию Центра во время всей госпитализации



Солнцево

ДЕТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

Распечатайте, заполните и обязательно предоставьте эту форму при госпитализации

О лице, госпитализирующимся с ребенком

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Телефон: + (____) ____ - ____ - ____ Полис ОМС: _____

О ребенке

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Телефон: + (____) ____ - ____ - ____ Полис ОМС: _____

Инвалидность: ☐ есть ☐ нет Судороги: ☐ есть ☐ нет

Ребенок от ____ беременности.

Протекавшей: ☐ с угрозой ☐ без угрозы ☐ др. осложнениями _____

Роды: ☐ в срок на ____ неделе ☐ преждевременно на ____ неделе

Родоразрешение: ☐ физиологическое ☐ кесарево сечение

При рождении: вес _____, рост _____, оценка по шкале Апгар _____

Вскармливание: ☐ естественное ☐ искусственное ☐ смешанное

Перенесенные

Инфекционные заболевания: _____

Операции: _____

Травмы: _____

Наркозы, обезболивания: _____

Переливание компонентов крови: _____

Прием лекарственных препаратов в настоящее время: _____

Аллергические реакции: ☐ Лекарственные препараты: _____

☐ Продукты питания: ☐ Другое: _____

Прививки: ☐ по возрасту, ☐ по индивидуальному графику, ☐ частично, ☐ отказ, ☐ медотвод

На момент госпитализации: вес _____, рост _____

За последние 3 недели за пределы постоянного места жительства: ☐ выезжали ☐ не выезжали

Контакт с инфекционными больными, лихорадящими больными, лицами из стран дальнего и ближнего зарубежья, укусы животными: ☐ отсутствовали ☐ имели место: _____

Для девочек: _____ 20__ г. - предполагаемая дата менструации



Остались вопросы?

по вопросам подготовки к госпитализации

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.

+ 7 (499) 730-98-74

по вопросам оказания платных медицинских услуг

ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

+ 7 (499) 730-98-41 + 7 (958) 562-70-51



Как записаться на госпитализацию?

Для предварительной записи нам понадобятся:

1. ФИО и дата рождения пациента.
2. Номер полиса ОМС пациента.
3. Направление на госпитализацию (форма N 057/у-04) **при наличии** или выписка с печатью.

Остальной пакет документов просто возьмите с собой в назначенный день госпитализации.

Все готово?

просто нажмите на эту кнопку

НАПРАВИТЬ ДОКУМЕНТЫ



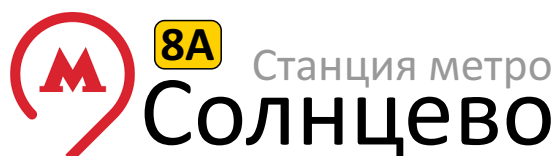
или направьте на e-mail

admission@zdrav.mos.ru



Как добраться?

г. Москва
ул. Авиаторов, д.38



**МАРШРУТ
В НАВИГАТОР**



**ПРОЛОЖИТЬ
МАРШРУТ**