

Дата госпитализации _____
ФИО пациента _____

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ (детское отделение, стационар)

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:

1. Пройти обследования по месту жительства(бесплатно), частной клинике или в нашей больнице на платной основе.
2. Перечень анализов:
3. HBs Ag — действительно 1 месяц(при положительном результате консультация врача -инфекциониста).
4. АнтиВГС (метод ИФА) — действительно 1 месяц(при положительном результате консультация врача -инфекциониста).
5. Клинический развернутый анализ крови - действительно 2 недели.
6. Анализ на сальмонеллез + кишечная группа (детям до 3-х лет) — действительно 2 недели.
7. Общий анализ мочи - действительно 2 недели.
8. Анализ кала на яйца глистов — действительно 2 недели.
9. Флюорография либо рентгенография легких детям с 15 лет.(копия) — действительно 1 год.
10. Заключение стоматолога (справка о санации полости рта) — действительно 1 месяц.
11. Заключение ЛОР-врача- действительно 2 недели.
12. Заключение педиатра о состоянии здоровья и отсутствие в доме инфекций — действительно 3 дня.
13. ЭКГ с описанием + пленка — действительно 2 недели.
14. Заключение невропатолога (полный диагноз с указанием лекарственной терапии)- действительно 1 месяц.
15. Кровь на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — действительно 6 месяцев (при положительном результате — консультация врача-дерматовенеролога).
16. Кровь на микрореакцию — действительно 6 месяцев.
17. ИФА на ВИЧ — действительно 1 месяц.
18. Копия прививочного сертификата

