

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ (ДС)

Дата _____

Время _____

ФИО пациента _____

Уважаемый пациент!

Для проведения операции Вам необходимо предоставить указанные ниже обследования, их возможно пройти по месту жительства (бесплатно), а также для Вашего удобства, в нашей клинике (на платной основе)

В случае отсутствия какого-либо из анализов и заключений, или не соответствия сроков годности, мы будем вынуждены отказать Вам в оперативном лечении.

Перечень анализов:

1. Заключение терапевта, (полный диагноз с указанием лекарственной терапии — 2 недели, при наличии в анамнезе инфаркта миокарда, нарушения ритма сердца необходимо заключение врача-кардиолога- 2 недели + повторное ЭКГ)
2. Клинический развернутый анализ крови -действителен 2 недели
3. Анализ мочи — действителен 2 недели
4. Анализ крови на глюкозу (при заболевании сахарным диабетом — заключение врача - эндокринолога, с указанием лекарственной терапии) — действителен 2 недели
5. Анализ крови на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — 6 месяцев (при положительном результате — консультация врача - дерматовенеролога)
6. Анализ крови на сифилис (микрореакция) — 6 месяцев
7. HBs Ag — действителен 1 месяц (при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
8. Анти ВГС (метод ИФА) — действителен 1 месяц (при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
9. Флюорография либо рентгенография легких (копия) — действительна 1 год
10. Анализ крови на ВИЧ — 1месяц

После получения результатов анализов и заключений специалистов Вам необходимо обратиться к терапевту для сверки и оценки показателей, получения допуска к оперативному вмешательству.

В день госпитализации в дневной стационар мы ждем Вас по адресу:

г. Омск ул. _____ кабинет _____

При себе иметь:

- Сменную обувь
- Паспорт+копия
- Полис + копия
- СНИЛС +копия

Убедительная просьба, ценные вещи оставлять дома.