

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Дата _____

Время _____

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 оперативном лечении.**

Адрес: ул. Декабристов.41, 2 этаж операционный блок

Для подготовки и проведения операции Вам необходимо:

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

Перечень анализов:

1. Заключение терапевта, (полный диагноз с указанием лекарственной терапии) при наличии в анамнезе инфаркта миокарда нарушения ритма сердца необходимо заключение врача-кардиолога- 2 нед.
2. Клинический развернутый анализ крови -действ. 2 нед.
3. Анализ крови на глюкозу (при заболевании сахарным диабетом-заключение эндокринолога,с указанием лекарственной терапии) — действ.2 нед.
- 4.Кровь на сифилис, метод ИФА суммарные антитела, или РПГА на сифилис — 6 мес. (при положительном результате — консультация врача-дерматовенеролога)
5. Кровь на микрореакцию — 6 мес.
6. НВs Ag — действ.1 мес. (при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
7. АнтиВГС (метод ИФА) — 1 мес.(при положительном результате консультация врача -инфекциониста)
8. Флюорография либо рентгенография легких (копия) — действ. 1 год
9. ИФА на ВИЧ — действ. 1 мес.

При себе иметь:

- сменную обувь
- Паспорт+копия
- Полис + копия
- СНИЛС+ копия