

## ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

Дата \_\_\_\_\_

консервативное и лазерное лечение

Время \_\_\_\_\_

дневной стационар

ФИО пациента \_\_\_\_\_

### Уважаемый пациент!

**Для проведения лечения 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 медицинской помощи.**

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 недели + повторное ЭКГ
2. Заключение невропатолога (полный диагноз с указанием лекарственной терапии)- действительно 1 мес
3. Клинический развернутый анализ крови -действителен 2 недели
4. Анализ крови на глюкозу (при заболевании сахарным диабетом- заключение 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. Флюорография либо рентгенография легких (копия) — действительна 1 год
8. Анализ крови на ВИЧ — действителен 1 месяц

**После получения результатов анализов и заключений специалистов Вам необходимо обратиться к терапевту для сверки и оценки показателей.**

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

Адрес: ул. Декабристов.41, 4 этаж, 407 кабинет

При себе иметь:

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