Утверждено

приказом ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ

от 26.10.2003 г. № 737, приложение №4

**Документы и результаты исследований**

**для плановой госпитализации**

**в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РБ**

|  | **Наименования документов, исследований** | **Примечания** | |
| --- | --- | --- | --- |
| **А.** | **Документы для ребенка** | | |
| 1 | Направление на госпитализацию от поликлиники по месту прикрепления / месту жительства по форме № 057/у-04 | 1. В направлении – его номер, дата выдачи, подписи и печати членов ВК, печать мед. организации. 2. Направление должно быть зарегистрировано в АИС «ИСЗЛ» (автоматизированная информационная система «Информационное сопровождение застрахованных лиц» 3. Действительно в течение 3 месяцев с даты выдачи | |
| 2. | Медицинская карта ребенка (форма № 112/у - амбулаторная карта) | Оригинал | |
| 3. | Свидетельство о рождении или паспорт (детям старше 14 лет) ребенка | Копия | |
| 4. | Страховой медицинский полис | Копия | |
| 5. | СНИЛС | Копия | |
| 6. | Удостоверение инвалида или справка МСЭ – при наличии | Копия | |
| 7. | Паспорт законного представителя | Копия | |
| 8. | Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации из поликлиники по месту жительства | Оригинал, действителен в течение 3 дней | |
| 9. | Карта профилактических прививок (форма № 063/у) из поликлиники по месту жительства/прикрепления или сертификат профилактических прививок с результатами иммунодиагностики за последние 12 мес. | Копия, все страницы | |
| Для детей, не вакцинированных против туберкулеза и не имеющих результаты пробы Манту/Диаскин-теста за последние 12 мес.:  Заключение от врача-фтизиатра из противотуберкулезного диспансера по месту жительства об отсутствии заболевания туберкулезом | Оригинал, действителен 6 месяцев | |
| *Дети, привитые живой вакциной против полиомиелита, госпитализируются не ранее 60 суток после прививки* | | |
| **Б.** | **Результаты исследований ребенка** | | |
| 1. | Общий анализ крови *(исключение – онкологич. отделение)* | Действителен 14 дней | |
| 2. | Общий анализ мочи | Действителен 14 дней | |
| 3. | Анализ кала на яйца глист по Като от 1 года | Действителен 30 дней | |
| 4. | Анализ соскоба на энтеробиоз | Действителен 30 дней | |
| 5. | Флюорография детям с 15 лет | Действителен 1 год | |
| 6. | Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез) детям до 2 лет **\*** | Действителен 14 дней | |
|  | **\***Кроме госпитализации в дневной стационар отделений хирургического (ЦАХ) и мед. реабилитации №1 |  | |
| 7. | Анализ на сифилис детям с 15 лет (УМСС) **\*\*** | Действителен 3 мес. | |
|  | **\*\*** Кроме госпитализации в дневной стационар отделения мед. реабилитации №1 |  | |
| **В.** | **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ (к списку Б) перечень результатов исследований ребенка** | | |
| 1 | **В онкологическое отделение**:  - ПЦР – диагностика (анализ методом полимеразной цепной реакции) на гепатиты В и С  - ИФА (иммуноферментный анализ крови) на ВИЧ | Действителен 1 мес.  Действителен 3 мес. | |
| 2 | По профилю **кардиология**: ЭКГ с расшифровкой | Действителен 1 мес. | |
| 3 | По профилю **эндокринология (сахарный диабет 1 типа**): гликированный гемоглобин | Действителен 1 мес. | |
| 4 | По профилю **неврология (эпилепсия**):  - УЗИ брюшной полости, почек  - Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина | Действителен 3 мес.  Действителен 14 дней | |
| 5 | В **психотерапевтическое отделение**:  - бактериологический анализ кала на кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез) всем детям,  - бактериологический анализ на дифтерию (мазок из зева и носа) всем детям | Действителен 14 дней  Действителен 14 дней | |
| 6 | **На оперативное лечение в отделения хирургического профиля (офтальмологическое, травматолого-ортопедическое, оториноларингологическое, хирургическое), в том числе обследование и лечение в условиях дневного стационара:** | | |
| 6.1 | Анализ крови на тромбоциты, время свертывания, длительность кровотечения\*\*\* | Действителен 14 дней | |
|  | \*\*\* *для зондирования в офтальмологическом отделении* –только тромбоциты |  | |
| 6.2 | Коагулограмма (анализ крови): ПТИ, АЧТВ, ПТВ, ТВ, МНО | Действителен 1 мес. | |
| 6.3 | Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина | Действителен 1 мес. | |
| 6.4 | Группа крови, резус-фактор | Бессрочно | Не требуются для МРТ, МСКТ (госпитализация в ЦАХ) |
| 6.5 | ИФА (крови) на гепатиты В и С | Действителен 1мес. |
| 6.6 | ИФА (крови) на ВИЧ | Действителен 3мес. |
| 6.7 | ЭКГ с расшифровкой (*при наличии изменений* – консультация кардиолога) \*\*\*\* | Действителен 1 мес. | |
|  | \*\*\*\* не требуется для МРТ, МСКТ без наркоза (при госпитализации в дневной стационар (ЦАХ) |  | |
| 6.8 | Заключение педиатра об отсутствии противопоказаний для анестезиологического пособия, перенесенных заболеваниях | Оригинал | |
| 6.9 | Заключение невролога *при эпилепсии, судорожных синдромах* | Оригинал | |
| 6.10  - | *При госпитализации в офтальмологическое отделение:* Заключение стоматолога, оториноларинголога | Оригинал | |
| - | *При госпитализации по профилю «урология» в хирургическое отделение:*  УЗИ мочевыделительной системы, УЗИ органов мошонки, УЗИ паховых областей | Действительны 3 мес. | |
| - | *При госпитализации в травматолого-ортопедическое отделение на оперативное вмешательство на нижних конечностях детям в возрасте 14 лет и старше:*  УЗДГ (ультразвуковая допплерография) сосудов нижних конечностей | Действителен 1 мес. | |
| 6.11 | *При госпитализации в офтальмологическое отделение для операции зондирования:*  - из списка Б обязательных исследований для ребенка – все, кроме п.7 анализ крови на сифилис (УМСС);  - из списка В дополнительных исследований - необходимы только п.6.1\*\*\*, п. 6.5 и п.6.6 |  | |
| **Г.** | **Документы и результаты исследований лиц, госпитализируемых для ухода за ребенком** | | |
| 1 | Паспорт | Копия | |
| 2 | СНИЛС | Копия | |
| 3 | Флюорография | Действителен 1 год | |
| 4 | Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез) ухаживающему за ребенком в возрасте до 2 лет лицу | Действителен 14 дней | |
| 5 | Документ, подтверждающий законное представительство ребенка (свидетельство о рождении/усыновлении, постановление об опеке и т.д.)  При госпитализации по уходу за ребенком лиц, не являющихся законными представителями ребенка – бабушки, тети и т.д. – иметь нотариально заверенную доверенность от законных представителей. | Копия  Оригинал и копию | |
| 6. | *При госпитализации в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных (ОПННД №1)*:  Страховой медицинский полис матери | Копия | |