



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск»

М.В. Шеметова



Памятка пациенту для плановой госпитализации в ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск»

Плановая госпитализация в детской хирургическое отделение проводится:

- в понедельник - с 12-00 до 13-00 часов;
- вторник, среда, четверг - с 13-00 до 14-00 часов.

Плановая госпитализация в терапевтическое отделение ежедневно:

- с понедельника по пятницу - с 10-00 до 14-00 часов.

Медицинские справки и результаты анализов, необходимые при плановой госпитализации ребенка*

1. **Направление по форме 057/у от участкового врача.**
2. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства. Срок действия - 3 дня.
3. Страховой полис и его копия с двух сторон.
4. Свидетельство о рождении и его копия.
С 14 лет паспорт ребенка и копии страниц 2,3,5.
5. Оригинал и копия паспорта родителя или законного представителя.
6. Флюорография для подростков с 15 лет. Срок действия - 12 месяцев.
7. Результат анализа крови на RW для подростков с 15 лет. Срок действия - 3 месяца.

**Обследования для плановой госпитализации
в терапевтическое отделение**

№ п/п	Наименование анализа	Срок действия
1.	Гемограмма	10 суток
2.	Общий анализ мочи	10 суток
3.	Анализ кала на яйца гельминтов	10 суток
4.	Исследование кала на патогенную кишечную группу; для детей до 2 лет	7 суток
5.**	Анализ на COVID-19 (мазок из носоглотки и/или ротоглотки)	48 часов
6.	Результаты ЭКГ, УЗИ, рентгенографии	при наличии

**Обследования для плановой госпитализации
в хирургическое отделение**

№ п/п	Наименование анализа	Срок действия
1.	ЭКГ с описанием и заключением кардиолога о даче наркоза	3 месяца
2.	Кровь на маркеры гепатитов В, С, ВИЧ-инфекцию	1 месяц
3.	Гемограмма + время свертывания крови и длительность кровотечения	10 суток
4.	Общий анализ мочи	10 суток
5.	Кал на яйца гельминтов	10 суток
6.**	Анализ на COVID-19	48 часов
7.	Биохимический анализ крови (билирубин, трансаминаза)	10 суток
8.	Исследование кала на патогенную кишечную группу; для детей до 2 лет	7 суток
9.	МРТ, КТ, УЗИ и т.д.	По показаниям (после осмотра ребенка врачом – хирургом)

**Анализы лицам старше 18 лет
при госпитализации для совместного нахождения с ребенком**

№ п/п	Наименование анализа	Срок действия
1.	Флюорография	12 месяцев
2.	Кровь на сифилис (RW)	90 дней
3.	Посев кала на патогенную кишечную группу	7 суток
4.	Анализ на COVID-19	48 часов

Внимание! В день госпитализации сообщить лечащему врачу о необходимости выдачи листка нетрудоспособности.

При наличии у ребенка и/или лица, его сопровождающего, острой респираторной вирусной инфекции, кишечных проявлений, госпитализация будет отложена не менее чем на 3 недели.

При отсутствии необходимого объема обследований в плановой госпитализации будет отказано и предложена новая дата.

* В соответствии с СанПиНом 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»

** С учетом действующей нормативной документацией.