



Перечень документов, клинических анализов, инструментальных исследований и консультаций специалистов для плановой госпитализации в отделение реабилитации

Уважаемые пациенты, прочтите данную информацию полностью!

! Обратите внимание – все анализы и справки (инструментальные исследования и заключения специалистов) должны быть на отдельных бланках и заверены печатью лечебного учреждения

Все пациенты, имеющие хронические заболевания, должны иметь **заключение** узкого специалиста с указанием подробного диагноза, рекомендаций ведения в периоперационном периоде, заключение об отсутствии противопоказаний. Пациент может быть принят на лечение только в стадии компенсации по сопутствующей патологии и отсутствии противопоказаний!

При госпитализации необходимо иметь при себе следующие документы (оригиналы и их копии):

1. Приглашение на госпитализацию (направление или вызов Центра Илизарова)
2. Направление на госпитализацию из поликлиники по месту жительства (форма 057/у-04).
3. Паспорт (для ребенка до 14 лет свидетельство о рождении и свидетельство о регистрации по месту жительства)
4. Для иностранных граждан документ, удостоверяющий личность, документ подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации (виза, миграционная карта, вид на жительство)
5. Для родителей (сопровождающих лиц): паспорт, СНИЛС, действующий страховой полис ОМС
6. Лицу, сопровождающему ребенка, госпитализируемого в Центр, иметь при себе заверенную **ДОВЕРЕННОСТЬ** законного представителя на сопровождение ребенка в Центре, согласия **законного представителя** ребенка на виды медицинских вмешательств, заверенные нотариусом;
7. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС)
8. Действующий страховой полис ОМС (при наличии)
9. Выписку из амбулаторной карты (форма №027/у) за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента, содержащую сведения о диагнозе, проведенной диагностике и лечении, рекомендации о необходимости реабилитации.
10. Справку об инвалидности (при наличии)
11. Справку о постановке на регистрационный учет в качестве безработного (ой), выданная органами службы занятости (при наличии)
12. Следующий перечень обследований:

| | Анализы | Срок годности | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|----------------------|-------------------------------------|
| 1 | Общий анализ крови, тромбоциты, лейкоциты (лейкоформула), СОЭ | 10 дней | |
| 2 | ПТИ, время свертывания, длительность кровотечения | 10 дней | |

| | | | |
|---|--|-----------|--|
| 3 | Коагулограмма, МНО, АПТВ | 10 дней | |
| 4 | Анализ мочи общий | 10 дней | |
| 5 | Анализ кала на яйца гельминтов+цисты лямблий | 14 дней | |
| 6 | Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, сахар крови натощак, общий белок, альбумины, билирубин, С-реактивный белок-количественный показатель) | 1 месяц | |
| 7 | Группа крови, резус фактор | Бессрочно | |
| 8 | Анализ крови на сифилис (RW, ИФА) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре | 1 месяц | |
| 9 | Анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты В, С | 3 месяца | |

Инструментальные исследования

| | | | |
|---|--|---------|--|
| 1 | ЭКГ (пленка + описание) всем пациентам | 1 месяц | |
| | ЭКГ (пленка + описание) при хронической сердечной патологии, гипертонической болезни | 10 дней | |
| 2 | Флюорография органов грудной клетки с описанием с 15 лет | 1 год | |

Заключения врачей-специалистов

| | | | |
|---|---|---------|--|
| 1 | Заключение стоматолога о санации полости рта | 1 месяц | |
| 2 | Заключение гинеколога (для девочек с 15 лет и женщин) об отсутствии противопоказаний к физиотерапии | 1 месяц | |
| 3 | Заключение терапевта/педиатра (диагноз, перечень основных противопоказаний) о допуске на медицинскую реабилитацию | 1 месяц | |
| 6 | Для взрослых. Сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет. При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 2 недели до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации. | | |

Для детей до 18 лет дополнительно

| | | | |
|---|---|---------|--|
| 1 | Бактериологическое исследование кала на кишечную группу, если ребенку менее 2-х лет | 14 дней | |
| 2 | Соскоб на энтеробиоз | 14 дней | |
| 3 | Справка от педиатра об отсутствии контактов с инфекционными больными за последние 21 день | 3 дня | |
| | Сведения о вакцинации против кори (возраст 1-6 лет – однократно, с 6 лет – двукратно) При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 1 месяц до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации. | | |
| 4 | Данные профилактических прививок форма 063/у | 1 год | |

| | | | |
|---|---|-------|--|
| 5 | Данные туберкулинодиагностики (реакция Манту или «Диаскинтест») | 1 год | |
| 6 | ! справка из школы для обучения по школьной программе в период лечения в Центре Илизарова | | |

Для сопровождающих лиц

| | | | |
|---|--|---------|--|
| 1 | Флюорография органов грудной клетки с описанием | 1 год | |
| 2 | Анализ крови на сифилис (RW, ИФА) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре | 1 месяц | |
| 3 | Анализ кала на яйца гельминтов+цисты лямблий | 14 дней | |
| 4 | Бактериологическое исследование кала на кишечную группу – для сопровождающих ребенка до 2х лет | 14 дней | |
| 5 | Сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет. При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 2 недели до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации. | | |

Для пациентов дополнительно при наличии хронического заболевания

| | | | |
|---|--|---------|--|
| 1 | При заболевании щитовидной железы – уровень гормонов щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, заключение эндокринолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 2 | При пороках сердца, ИБС, нарушении сердечного ритма, ХСН, сколиозе 3-4 степени – ЭХО-КГ (эхокардиография), заключение кардиолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 3 | При сахарном диабете – уровень гликированного гемоглобина ниже 7,5%, заключение о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 4 | При варикозной болезни сосудов нижних конечностей, атеросклеротической болезни, посттромбофлебическом синдроме – УЗДС сосудов нижних конечностей, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 5 | При ревматоидном артрите, системной красной волчанке, болезни Бехтерева, подагрическом артрите - ревмофактор, СРБ, мочевая кислота, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 6 | При ишемическом/геморрагическом инсульте в анамнезе – УЗДГ сосудов головного мозга, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 7 | При эписиндроме, эпилепсии – ЭЭГ, заключение epileптолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по | 1 месяц | |

| | | | |
|----|--|---------|--|
| | препаратам и дозам | | |
| 8 | При бронхиальной астме, ХОБЛ, миодистрофии, сколиозе 3-4 степени – ФВД, консультация, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 9 | При ранее перенесенной онкологии – заключение онколога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 10 | При хронических заболеваниях почек – УЗИ почек, заключение нефролога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 11 | При наличии кожных заболеваний (дерматиты, псориаз) – заключение дерматолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, | 1 месяц | |
| 12 | При психических заболеваниях – заключение психиатра о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |
| 13 | При туберкулезе в анамнезе – заключение фтизиатра о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам | 1 месяц | |

! При отсутствии полного обследования, превышения сроков давности результатов обследования (консультаций) пациента/сопровождающего лица или при выявлении противопоказаний для оперативного лечения ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России оставляет за собой право в отказе (переносе) госпитализации.

! В случае отсутствия обследования или заключения специалиста (или при несоответствии норме), истечения срока годности результата обследования или заключения специалиста дообследование проводится **за личные средства пациента** амбулаторно или в любой другой медицинской организации по месту жительства или по выбору пациента.

По вопросам, связанным с анализами, исследованиями и противопоказаниями, вы можете проконсультироваться:
 Приемное отделение корпус №1: +7 (3522) 45-30-80, Детский блок приемного отделения корпус №1: +7 919 -560-06-48,
 Приемное отделение корпус №2 (3522) 45-28-18



При невозможности госпитализации в назначенную дату необходимо сообщить специалистам вашего отделения, в этом случае возможен перенос даты.

При планировании госпитализации, пожалуйста, ознакомьтесь с Положением о порядке и организации госпитализации и важной информацией на странице

"Госпитализация" сайта Центра Илизарова <http://www.ilizarov.ru/article/procedure-for-admission>

Полезная информация о подготовке к госпитализации на нашем сайте <http://ilizarov.ru/>