|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |

Приложение 1

**Перечень документов при направлении ребенка**

**в БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница»**

**на плановое оперативное лечение**

1. Заключение осмотра специалиста, направляющего на оперативное лечение.
2. Заключение осмотра участкового педиатра.
3. Заключение осмотра другими специалистами (по показаниям)
4. Сведения о профилактических прививках (Сертификат)
5. Справка из поликлиники об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства и детскому учреждению.
6. Полис ОМС
7. Результаты исследований:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование анализа | Срок годности |
| 1 | Общий анализ крови, тромбоциты, время свёртывания (начало и конец), длительность кровотечения. | 10 дней |
| 2 | Общий анализ мочи | 10 дней |
| 3 | Копрограмма, обследование на гельминты и простейшие | 10 дней |
| 4 | Соскоб на энтеробиоз | 10 дней |
| 5 | Бактериологический анализ кала на кишечную группу и анализ кала на кишечные вирусы (для детей до 2-х лет 11 мес 29 дней) | 14 дней |
| 6 | Биохимического анализа крови: АЛТ, АСТ, билирубин (для оториноларингологических операций) | 10 дней |
| 7 | Анализ сыворотки крови на НbsAg и антитела к вирусному гепатиту С | 1 месяц |
| 8 | Анализ крови на сифилис (для детей 14 лет и старше) | 1 месяц |
| 9 | Обследования на форму 50 **\*** | 1 месяц |
| 10 | Группа крови и резус фактор (для оториноларингологических операций) | - |
| 11 | Флюорографическое обследование (для детей 15 лет и старше) | 1 год |
| 12 | ЭКГ | 1. месяц
 |

\*только при наличии клинико-эпидемиологических и социальных показаний в соответствии с Приложением 1 к Методическим рекомендациям от 06.08.2007 № 5950-РХ (дети, рождённые от ВИЧ-инфицированных матерей; пациенты, страдающие наркоманией, имеющие инфекции, передающиеся половым путём, вирусные гепатиты С и В, Hbs- антигеноносительство, лица, имеющие большое количество половых партнёров; лица, имевшие риск заражения от ВИЧ-инфицированного)

Приложение 2

**Перечень документов при направлении ребенка**

**в БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница»**

**на плановое (неоперативное) лечение**

1. Направление на госпитализацию.
2. Сведения о профилактических прививках (Сертификат)
3. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства и детскому учреждению.
4. Полис ОМС
5. Результаты исследований:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование анализа | Срок годности |
| 1 | Общий анализ крови | 10 дней |
| 2 | Общий анализ мочи | 10 дней |
| 3 | Копрограмма, обследование на гельминты и простейшие | 10 дней |
| 4 | Соскоб на энтеробиоз | 10 дней |
| 5 | Бактериологический анализ кала на кишечную группу и анализ кала на кишечные вирусы (для детей до 2-х лет 11 мес 29 дней) | 14 дней |
| 6 | Анализ крови на сифилис (для детей 14 лет и старше) | 1 месяц |
| 7 | Флюорографическое обследование (для детей 15 лет и старше) | 1 год |

Приложение 3

**Перечень документов при направлении на госпитализацию**

**в БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница»**

**по экстренным показаниям**

1. Направление на госпитализацию.
2. Полис ОМС (при отсутствии полиса ОМС родители должны предоставить паспорт одного из родителей).
3. Сертификат прививок.
4. Для детей старше 15 лет – в течение 3 дней предоставить сведения о флюорографии лёгких ( при наличии данного исследования).

Приложение 4

**Перечень документов для госпитализации матери по уходу за ребёнком в БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование анализа | Срок годности |
| 1 | Анализ крови на сифилис | 1 месяц |
| 2 | Флюорографическое обследование | 1 год |
| 3 | Бактериологический анализ кала на кишечную группу и анализ кала на кишечные вирусы для законных представителей прав ребёнка детей до 2-х лет 11 мес 29 дней.  | 14 дней |

Матери, госпитализированные для ухода за детьми, поступившими по экстренным показаниям, в течение 3 дней должны предоставить сведения о флюорографическом исследовании действительно в течение 1года, пройти обследование на сифилис.