**ПРИЕМ БОЛЬНЫХ ПРОВОДИТСЯ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИКИ:**

**понедельник–четверг**  
9.00–16.00

**пятница**  
9.00–14.00

**суббота, воскресенье**  
выходной

Регистратура

[+7 (495) 3652586](tel:+74953652586)

Заведующий консультативно-поликлиническим отделением

БОЛЬШАКОВА Виктория Алексеевна

[+7 (495) 3664288](tel:+74953664288)

[Адрес клиники](https://irioh.ru/contacts#clinic)

Клиника ФГБНУ «НИИ МТ» предоставляет высококвалифицированную медицинскую помощь пациентам с профильной патологией.

Вопрос о госпитализации больного в клинику ФГБНУ «НИИ МТ» для проведения стационарного обследования и (или) лечения решается главным врачом, заведующим клинико-экспертной работой клиники по представлению заключения врача консультативно-поликлинического отделения (консилиума специалистов, ВК консультативно-поликлинического отделения), заведующего отделения, медицинской карты амбулаторного больного или по решению ВК клиники при наличии мест в отделении и отсутствии противопоказаний для госпитализации пациента.

**Для обследования в клинике необходимо представить следующие документы:**

1. Паспорт
2. Полис
3. СНИЛС
4. Подробную выписку из амбулаторной карты с данными обращаемости (или амбулаторную карту)

Решение о госпитализации больного с заболеванием, соответствующим тематике планов научно-исследовательских работ, принимается заведующим отделения (научным руководителем темы) совместно с главным врачом, зав. клинико-экспертной работой клиники, зав. консультативно-поликлиническим отделением.

**Для обследования в клинике (госпитализации) необходимо представить следующие документы:**

1. Паспорт
2. Полис
3. СНИЛС
4. Заверенную копию трудовой книжки
5. Санитарно-гигиеническую характеристику условий труда, составленную Управлением Роспотребнадзора в соответствии с гигиеническими критериями Руководство Р 2.2.755-99
6. Данные предварительных (при приеме на работу) и периодических медицинских осмотров в период работы во вредных условиях
7. Подробную выписку из амбулаторной карты с данными обращаемости (или амбулаторную карту)
8. Рентгенограммы легких или опорно-двигательного аппарата (костей) в зависимости от нозологической формы заболевания
9. Аудиограммы (или заверенные копии) органа слуха (при наличии нейросенсорной тугоухости)
10. Вещества с производства, с которыми соприкасается в процессе работы больной, упаковать, подписать и иметь сопроводительный документ (для пациентов дерматологического профиля)
11. Подробную выписку из амбулаторной карты, с указанием сроков возникновения заболевания, характера высыпаний и их локализации при начале заболевания, течения заболевания во время отпуска, пребывания на больничном листе, в стационаре, на курорте, частоты нетрудоспособности и ее сроки, осуществлялся ли перевод на другую работу (для пациентов дерматологического профиля)

**Для обследования лиц гражданской авиации необходимо представить следующие документы:**

1. Направление в клинику ФГБНУ «НИИ МТ», выданное профпатологом по месту жительства, или профпатологом МСЧ, ВЛЭК ГА, Департаментом здравоохранения субъекта РФ, МЗ РФ (направление действительно в течение 1 месяца)
2. Паспорт (копия)
3. Полис (копия)
4. СНИЛС (копия)
5. Заверенную копию трудовой книжки (копия трудовой книжки должна быть заверена не ранее, чем за 1 месяц до поступления в клинику)
6. Санитарно-гигиеническую характеристику условий труда, выданную Управлением Роспотребнадзора (оригинал, либо нотариально заверенную копию)
7. Протокол расчета эквивалентного уровня шума с учетом дополнительной акустической нагрузки за весь летный период (по годам, месяцам, типам самолетов)
8. Летную книжку (оригинал или заверенная копия)
9. Медицинскую книжку (оригинал)
10. **Подробную** выписку из медицинской документации с данными обращаемости
11. **Заверенные** копии аудиограмм за ВЕСЬ период летной работы
12. **Заверенные** копии решений ВЛЭК/ЦВЛЭК ГА за последние 3–5 лет
13. Заверенные копии выписки из истории болезни (для пациентов старше 55 лет, которые проходили стационарное обследование по возрасту в ЦКБ ГА)

**При направлении в документах должен быть указан точный почтовый адрес:**

* направившего учреждения;
* предприятия места работы;
* Управления Госсанэпиднадзора, составившего санитарно-гигиеническую характеристику условий труда;
* фонда социального страхования;
* больного.