Рекомендуемое время плановых госпитализаций пациентов в ГУЗ "СОДКБ"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Часы приема | |
| Эндокринологическое отделение | 7.00-7.30 | 12.30-13.00 |
| Гинекологическое отделение | 07.30-8.00 | 13.00-13.30 |
| Хирургическое отделенеие,ЛОР отделение, онкологическое отделение | 8.00-10.00 |  |
| Педиатрическое отделение | 10.00-10.30 |  |
| Неврологическое отделение | 10.30-11.00 | 14.00-14.30 |
| Гастроэнтерологическое отделение | 11.00-11.30 | 14.30-15.00 |
| Нефрологическое отделение | 11.30-12.00 | 15.00-15.30 |
| Хирургическое отделенеие № 2 | 12.00-12.30 | 15.30-16.00 |

**Прием пациентов по экстренным показаниям производится  круглосуточно!!!!!!**

Плановые пациенты в рабочие дни по 4-5 человек, в выходные — 2-3.

**Плановая госпитализация детей до 14 лет в ГУЗ «СОДКБ» осуществляется по предварительному согласованию с заведующим отделением (номера телефонов указаны ниже). Госпитализация детей 15 лет и старше осуществляется по согласованию с заведующим отделением и главным врачом больницы.**  
  
При госпитализации в соматические отделения объем обследования проведенного в муниципальном ЛПУ должен соответствовать стандартам утвержденным приказом МЗ РФ от 07.05.1998 № 151 в соответствии с направительным диагнозом.  
  
**При направлении ребенка на госпитализацию  в ГУЗ «СОДКБ» необходимо иметь:**  
1. Направление и выписку из истории развития ребенка (Ф.112), выписку из истории болезни, если ребенок ранее находился на стационарном обследовании и лечении, подписанную лечащим врачом и заведующим отделением  
2. Справку об отсутствии инфекционных заболеваний и отсутствии контактов с инфекционными больными за последние 3 недели (давностью не более 3 дней)  
3. Результат бак. анализа кала на кишечную группу у ребенка (до 2-х лет) и сопровождающего его родственника (не более 14 дней давности согласно СаНПиН от 2010 года).  
4. Результат анализов кала на я/глистов и простейшие, соскоб на я/остриц с перианальных складок (сроком не более 7 дней давности).  
5. Общий анализ крови и мочи (сроком не более 10 дней давности).  
6. Кровь на RW (экспресс метод) у сопровождающего родственника и ребенка старше 12 лет. (срок давности не более 10 дней).  
7. Результат и дата флюорографического  обследования родителей и ребенка старше 15 лет.  
8. Сведения о р.Манту и профилактических прививках. В случае, если ребенок старше 14 лет, обязательно указывается дата проведения ревацинации полиомиелита.  
9. Страховой полис (оригинал и ксерокопия) ребенка и одного из родителей или опекуна, госпитализируемого с ребенком.  
10. Свидетельство о рождении или паспорт (оригинал и ксерокопия) ребенка.  
11. Паспорт (оригинал и ксерокопия) одного из родителей или опекуна.  
12. Документ удостоверяющий право на опекунство при госпитализации ребенка с опекуном.  
13. При госпитализации ребенка с одним из родственников необходимо иметь доверенность на оказание медицинской помощи от одного из родителей в письменной форме, с ксерокопией паспорта данного родителя  заверить в ЛПУ одним из представителей администрации, поставив печать ЛПУ).  
14. Больные с направительным диагнозом хронический энтерит, синдром мальабсорбции, дисбактериоз, целиакия, муковисцидоз, колит, энкопрез и дети из закрытых учреждений круглосуточного пребывания госпитализируются при наличии 1-го отрицательного баканализа (годен 14 дней с даты забора),  и результата копрологического обследования, РПГА крови с дизентерийным, сальмонеллезными Vдиагностикумами (годны 7 дней); с направительными диагнозами: гепатит, заболевание печени - при наличии результата обследования на HCV, Hbs, срок годности — 6 месяцев.

·      Дети, привитые ОПВ (оральной вакциной), госпитализируются в плановом порядке не ранее 61 дня от момента вакцинации!!!  
·      Дети с неясной лихорадкой госпитализируются после исключения инфекционных заболеваний. (проведения обследования по алгоритму длительнолихорадящих)!!!

НЕ ПРИНИМАЮТСЯ ДЕТИ - с признаками ОРЗ или с кишечными расстройствами!!!

15. Дополнительно:

При направлении на плановую госпитализацию в отделения хирургического профиля необходимо дополнительно иметь:

Анализ крови на группу и резус- фактор,

ЭКГ

Рентгенографию органов грудной клетки,

Анализ крови  на HbsAg, если ребенок не привит против гепатита или привит более 5 лет назад, анти – ВГС (методом ИФА), ВИЧ, RW-КСР

[Информированное согласие на добровольное медицинское вмешательство (16,0 KБ)](http://sarodkb.medportal.saratov.gov.ru/media/cms_page_media/7590/informirovannoe-soglasie-na-dobrovolnoe-meditsinskoe-vmeshatelstvo.docx)

[[http://sarodkb.medportal.saratov.gov.ru/static/cms/images/file_icons/pdf.gif](http://sarodkb.medportal.saratov.gov.ru/media/cms_page_media/7590/soglasiepacientanaobrabotkupersonalnykhdannyk.pdf) Информированное согласие на обработку персональных данных (87,2 KБ)](http://sarodkb.medportal.saratov.gov.ru/media/cms_page_media/7590/soglasiepacientanaobrabotkupersonalnykhdannyk.pdf)