Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНО

Приказом директора ЧФ ФГАУ «НМИЦ «МНТК

«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Минздрава России

«27» февраля 2019г. № 153

Инструкция

о порядке обследования и условиях госпитализации пациентов в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Сбор анализов и заключений специалистов осуществляются согласно утвержденному списку в зависимости от планируемого вида оперативного лечения и в соответствии со стандартами.

1. **Операции для взрослых по ОМС:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Консультация ЛОР- врача, стоматолога | **3 месяца** |
| **2** | Консультации терапевта с ЭКГ | **1 месяц** |
| **3** | Флюорография грудной клетки – (описание) результат | **1 год** |
| **4** | Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов, коагулограмма, сахар | **1 месяц** |
| **5** | Группа крови и резус-фактор | **Неограниченно** |
| **6** | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| **7** | Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, альбумин | **1 месяц** |
| **8** | Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ | **3 месяца** |
| **9** | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| **10** | При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства | **1 месяц** |
| **11** | Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины | **1 месяц** |

**2. Операции для взрослых коммерческих пациентов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Консультация ЛОР- врача, стоматолога | **3 месяца** |
| **2** | Консультации терапевта с ЭКГ | **1 месяц** |
| **3** | Флюорография грудной клетки – (описание) результат | **1 год** |
| **4** | Анализ крови общий развернутый с подсчетом тромбоцитов, анализ крови на сахар, RW( сифилис), коагулограмма | **1 месяц** |
| **5** | Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ | **3 месяца** |
| **6** | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| **7** | При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства | **1 месяц** |
| **8** | Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины | **1 месяц** |

**3. Интравитреальное введение лекарственных препаратов (кеналог, луцентис и др.) (для коммерческих пациентов):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Общий анализ крови и мочи | **1 месяц** |
| **2** | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| **3** | Кровь на сахар и консультация эндокринолога (для больных сахарным диабетом) | **1 месяц** |

**4.** **Кераторефракционные лазерные операции для взрослых (для коммерческих пациентов):**

- Анализ крови на HBsAg и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ - срок действия 3 месяца.

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год.

-Обязательное ознакомление с памяткой кандидату на лазерную коррекцию зрения (Приложение 1.1.).

**5. Операции роговичного кросслинкинга, блокирование слезных канальцев (для коммерческих пациентов):**

- Анализ крови на HBsAg и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ - срок действия 3 месяца.

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год.

**6. Окулопластические и дакриологические операции у взрослых (исправление косоглазия, устранение птоза, устранение нистагма, склеропластика, блефаропластика и др.) (для коммерческих пациентов):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Консультации терапевта с ЭКГ | **1 месяц** |
| **2** | Консультация ЛОР-врача | **3 месяца** |
| **3** | Флюорография грудной клетки – (описание) результат | **1 год** |
| **4** | Общий анализ крови, коагуллограмма | **1 месяц** |
| **5** | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| **6** | Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ | **3 месяца** |

**7. Зондирование слезных путей у новорожденных без наркоза:**

- Заключение педиатра (срок действия – 1 месяц) + анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

**8. Операции у детей и подростков** – полостные (до 18 лет) и рефракционные по медицинским показаниям (до 14 лет) (коммерческие и ОМС):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Консультация ЛОР- врача, стоматолога | **3 месяца** |
| **2** | Консультации педиатра  а) описание внутренних органов, ЦНС,  б) перенесенных заболеваний,  в) аллергологического анамнеза,  г) справка об отсутствии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение 21 дня. | **1 месяц,**  **10 дней** |
| **3** | Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов, коагулограмма, сахар | **1 месяц** |
| **4** | Биохимический анализ крови :общий белок, билирубин, креатинин, мочевина, общий белок, АЛТ, АСТ, альбумин | **1 месяц** |
| **5** | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| **6** | Кровь на HBS-антиген и антитела к ВГС (мракеры гепатитов В и С), ВИЧ | **3 месяца** |
| **7** | Кровь на RW(сифилис) | **1 месяц** |
| **8** | Группа крови и резус-фактор | **Неограниченно** |
| **9** | Анализ кала на кишечную группу **детям до 2 лет.** | **7 дней** |
| **10** | Флюорография органов грудной клетки детям старше 14 лет – (описание) результат | **1 год** |
| **11** | При проведении **полостных** операций также необходимы:   * При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства * Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины | **1 месяц**  **1 месяц** |
| **12** | Сопровождающим детей до 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки (описание);  - анализ кала на кишечную группу;  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **7 дней;**  **1 месяц** |
| **13** | Сопровождающим детей старше 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки(описание);  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **1 месяц** |

**9. Оперативное лечение взрослых и детей по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)** - в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 19.12.2016г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», приказов Минздрава РФ от 26.03.2001г. № 87, от 30.07.2001г. № 291, от 29.12.2014г. № 930н, приказа Минздрава РФ от 02.12.2014 г. № 796н, стандартами:

**ПО ВМП ПЕРЕЧЕНЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| 1 | Общий анализ крови развёрнутый с подсчетом тромбоцитов, коагулограмма | **1 месяц** |
| 2 | Группа крови и резус-фактор | **Неограниченно** |
| 3 | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| 4 | Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза | **1 месяц** |
| 5 | Анализ крови на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ | **3 месяца** |
| 6 | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| 7 | R-графия органов грудной клетки – (описание) результат | **1 год** |
| 8 | ЭКГ (с описанием, при патологии – заключение кардиолога) | **1 месяц** |
| 9 | Заключение оториноларинголога, стоматолога | **1 месяц** |
| 10 | Заключение педиатра | **1 месяц** |
| 11 | Заключение невропатолога | **1 месяц** |
| 12 | Кал на кишечную группу **детям до 2-х лет** | **7 дней** |
| 13 | При наличии общих сопутствующих заболеваний иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении операционного вмешательства | **1 месяц** |
| 14 | Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины | **1 месяц** |
| 15 | Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня | **10 дней** |
| 16 | Сопровождающим детей до 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки (описание);  - анализ кала на кишечную группу;  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **7 дней;**  **1 месяц** |
| 17 | Сопровождающим детей старше 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки (описание);  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **1 месяц** |

**ПО ВМП ПЕРЕЧЕНЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| 1 | Общий анализ крови развёрнутый с подсчётом тромбоцитов, коагулограмма | **1 месяц** |
| 2 | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| 3 | Анализ крови на глюкозу | **1 месяц** |
| 4 | Анализ крови на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ | **3 месяца** |
| 5 | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| 6 | Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин | **1 месяц** |
| 7 | Группа крови и резус-фактор | **Неограниченно** |
| 8 | Результат (описание) флюорографии органов грудной клетки | **1 год** |
| 9 | ЭКГ (с описанием, при патологии – заключение кардиолога) | **1 месяц** |
| 10 | Заключение стоматолога | **1 месяц** |
| 11 | Заключение ЛОР | **1 месяц** |
| 12 | Заключение терапевта | **1 месяц** |
| 13 | Заключение эндокринолога (при наличии сахарного диабета) | **1 месяц** |
| 14 | При наличии общих сопутствующих заболеваний иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства | **1 месяц** |
| 15 | Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины | **1 месяц** |

**10. Консервативное лечение и для взрослых и для детей по ОМС:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| **1** | Консультации терапевта с ЭКГ **(для детей – заключение педиатра)** | **1 месяц** |
| **2** | Флюорография грудной клетки (в т.ч. для детей старше 14 лет) – (описание) результат | **1 год** |
| **3** | Общий анализ крови; | **1 месяц** |
| **4** | Группа крови и резус-фактор | **Неограниченно** |
| **5** | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| **6** | Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, альбумин | **1 месяц** |
| **7** | Кровь на сахар и консультация эндокринолога **(для больных сахарным диабетом**) | **1 месяц** |
| **8** | Общий анализ мочи | **1 месяц** |
| **9** | Кал на кишечную группу детям до 2х лет | **7 дней** |
| **10** | Консультация невропатолога в случае назначения электро-физиолечения  **(для детей)** | **1 месяц** |
| **11** | Консультация специалиста по профилю (**при наличии соматической патологии**) | **1 месяц** |
| **12** | Сопровождающим детей до 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки (описание);  - анализ кала на кишечную группу;  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **7 дней;**  **1 месяц** |
| **13** | Сопровождающим детей старше 2-х лет:  - флюорография органов грудной клетки (описание);  - анализ крови на RW (сифилис) | **1 год;**  **1 месяц** |
| **14** | **Для детей** - справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня | **10 дней** |

**11. Консервативное лечение для взрослых коммерческих пациентов:**

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год

**12. Консервативное лечение для детей до 18 лет на коммерческой основе:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Необходимые исследования** | **Срок действия** |
| 1 | Общий анализ крови, мочи | **1 месяц** |
| 2 | Анализ крови на RW (сифилис) | **1 месяц** |
| 3 | Заключение педиатра | **1 месяц** |
| 4 | Консультация невропатолога в случае назначения электро-физиолечения | **1 месяц** |
| 5 | Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня | **10 дней** |

**13. Лазерные операции (для пациентов 1 отделения лазерной хирургии):**

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

**14. Операции (лазерные, хирургические, косметологические) для пациентов 3 отделения лазерной хирургии:**

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц (в дополнение к существующим).

**15. Сопровождающим детей:**

* **возраста 0-2 лет:** флюорография органов грудной клетки – срок действия 1 год, анализ кала на кишечную группу – срок действия 7 дней; анализ крови на RW (сифилис) – срок действия – 1 месяц.
* **возраста 2-14 лет:** флюорография органов грудной клетки – срок действия – 1 год; анализ крови на RW (сифилис) – срок действия – 1 месяц.

Группы пациентов, обладающие льготным статусом при оказании медицинской помощи за счет средств государственного бюджета, перечислены в **Приложении 1.2.**

При выявлении противопоказаний на момент обследования в условиях клиники филиал оставляет за собой право на перенесение срока операции.

Терапевт клиники имеет право на назначение дополнительных обследований в условиях клиники при наличии у пациента тяжелого соматического заболевания или при подозрении на обострение любого заболевания.

Оперативное лечение детям и подросткам до 14 лет проводится в сопровождении одного из родителей или сопровождающего лица по доверенности. Консервативное лечение детям и подросткам до 12 лет проводится в сопровождении одного из родителей или сопровождающего лица по доверенности.

Инвалиды первой группы по зрению и с тяжелой соматической патологией принимаются на лечение только с сопровождающим.

При нахождении в стационаре филиала ребенка в возрасте до 4-х лет, получающего бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий, одному из сопровождающих его родителей или иному законному представителю обеспечивается бесплатное питание и проживание.

Учитывая, что один из целевых показателей эффективности деятельности филиала является хирургическая активность, доля консервативного лечения должна составлять не более 8-10%.

Рекомендации по подготовке к операции:

* пациенты с соматической патологией должны иметь при себе все лекарства, назначенные врачом по месту жительства;
* пациентам с сахарным диабетом рекомендуется пройти консервативный курс лечения в лечебно-профилактическом учреждении по месту **жительства** и при явке на операцию иметь при себе таблетки и инсулин, назначенные врачом-эндокринологом на срок не менее 14 дней;
* пациенты, использующие контактные линзы, должны снять их за 4 недели до операции.

Порядок приема больных в филиал выполняется в соответствие с приказом директора.

Медицинская помощь в филиале осуществляется за счет следующих источников финансирования: за счет средств федерального бюджета (ВМП), за счет средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), за счет личных средств граждан, за счет средств страховых компаний и за счет других источников финансирования, не противоречащих действующему законодательству.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи.

Право на внеочередное получение медицинской помощи имеют льготные категории граждан **(приложение 1.2.)**

**Пациенты, выезжающие в клинику на лечение на бюджетной основе** **(ВМП, ОМС)** по приглашению филиала в соответствии с действующим законодательством должны иметь оформленный в Минздраве по месту жительства Талон на лечение или направление на лечение по ОМС.

Направление по ОМС так же может быть выдано лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения по месту жительства. Дата госпитализации в филиал в утвержденном порядке согласовывается с Минздравом, направившем пациента на лечение, и организационно- методическим отделом филиала (тел. 49-24-78, 8-800-700-07-88).

Диагностическое обследование занимает от 1 до 2 дней в зависимости от вида заболевания. В соответствии с действующим законодательством решение о лечении по ВМП и сроки госпитализации определяются врачебной комиссией (ВК) филиала от 1 до 3 дней (при необходимости). Госпитализация в рамках ОМС регулируется организационно- методическим отделом и приёмным отделением филиала, осуществляется в плановом порядке (с постановкой на очередь) и в ускоренном порядке в соответствии с результатами диагностического обследования и загруженностью стационара филиала.

**Госпитализация возможна только при предоставлении пациентом полного пакета медицинских справок, оформленных с соблюдением регламентированного срока их действия.**

В обязанности врача, выезжающего на отбор пациентов в регионы РФ, входит предоставление медицинского заключения по требованию пациента, желающего лечиться бесплатно, с указанием кода МКБ и вида планируемой медицинской помощи (ВМП, ОМС) для оформления квоты в Минздраве по месту жительства. Случаи направления в филиал для ускоренной госпитализации на бесплатное лечение пациентов, не относящихся к льготной категории граждан, без оформления документов в Минздраве по месту жительства **в обязательном порядке** согласовываются врачом с руководством филиала (заместители директора). Пациенты, направляющиеся на льготное лечение в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акд.С.Н.Федорова» Минздрава России должны иметь направление от регионального представителя розового, красного или оранжевого цвета. Региональные представители обязаны предварительно представлять в организационно – методический отдел список пациентов, направляемых в филиал на бесплатное лечение.

Платная медицинская помощь оказывается в филиале в соответствии с Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04 октября 2012 г. №1006 и приказа генерального директора ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н.Федорова» Минздрава России от 21 октября 2012 года № 247 «Об оказании платных услуг».

Абсолютные противопоказания для проведения операции в условиях филиала:

1. Заболевания сердца с явлениями легочно-сердечной или декомпенсированной сердечно­сосудистой недостаточности (Н IIБ-III).

2. Гипертоническая болезнь III ст., АГ 3 ст., осложнённая ИБС, нарушением ритма, нарушением мозгового кровообращения давностью до 1 года.

З. ИБС: СН III-IV функционального плана, постинфарктный кардиосклероз со сроком возникновения О.И.М. до 1 года, осложненный аневризмой сердца.

4. Бронхиальная астма, гормонозависимая форма с частыми приступами.

1. Декомпенсированная ХПН II-III ст.

6. Хроническая печеночная недостаточность II-III ст.

7. Хроническая гормонозависимая надпочечниковая недостаточность.

8. Хроническая мозговая сосудистая недостаточность III ст.

9. Генерализованные гиперкинезы (болезнь Паркинсона с выраженными амплитудами  
дрожания), эпилепсия с частыми приступами.

10. Психические заболевания, алкоголизм, наркомания.

11. Эндокринная патология: декомпенсированный сахарный диабет, тиреотоксикоз II-III cт.

12. Острые заболевания крови, нарушение свертывания крови, не поддающееся коррекции

13. Инфекционные контагиозные кожные и венерические заболевания, туберкулёз (активные формы с бациловыделением).

14. Поливалентная аллергия на медикаменты, использующиеся для анестезии и в послеоперационном периоде.

15. Злокачественные новообразования - только с разрешения онколога.

16. Острые и обострение хронических заболеваний.

17. Старческая дряблость.

18. Ожирение III-IV ст.

Примечание:

1). Больные с хроническими заболеваниями должны перед операцией пройти курс профилактической терапии и подготовки к операции.

2). При тяжёлой соматической патологии пациенты принимаются на лечение только с сопровождающим.

**Приложение 1.1**

Памятка кандидату на лазерную коррекцию зрения

Перед проведением лазерной коррекции зрения для получения достоверных данных во врем диагностики Вам необходимо:

* Убедиться в отсутствии общих противопоказаний:

- Острое воспалительное заболевание, в т.ч. ОРЗ, грипп,

- Наличие кариозных зубов,

- Обострение хронического воспалительного заболевания

(особенно инфекционные заболевания лор-органов),

- Беременность или кормление грудью,

- Псориаз,

- Аутоиммунное заболевание (системная красная волчанка,

ревматоидный артрит, рассеянный склероз, миастения и т.п.),

- Применение стероидных гормонов и иммунодепрессантов,

- Иммунодефицит любой этиологии,

- Сахарный диабет.

* Отказаться от ношения «дневных» контактных линз за 4 недели до рефракционно-лазерной операции.
* Отказаться от ношения «ночных» (ортокератологических) контактных линз за 12 недель до рефракционно-лазерной операции.

Перед операцией за 4 недели необходимо полностью отказаться от ношения контактных линз, а также, если Вы ими пользовались, по рекомендации офтальмолога 2-3 недели 4 раза в день закапывать в оба глаза желе корнерегель (солкосерил, актовегин).

Если Вы приезжаете только для обследования снять линзы за 14 дней до обследования (для получения достоверных данных во время диагностики).

**Приложение 1.2**

**Группы пациентов, обладающие льготным статусом при оказании медицинской помощи за счет средств государственного бюджета**

* Инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица
* Инвалиды и ветераны боевых действий
* Узники концлагерей, гетто и других мест
* Инвалиды Афганской и Чеченской войн
* Инвалиды детства
* Дети-воспитанники детских домов и интернатов
* Дети-сироты
* Дети возрастом моложе 5 лет
* Инвалиды, участвовавшие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС
* Граждане, ставшие инвалидами в результате воздействия радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк»
* Герои Социалистического труда и полные кавалеры ордены Трудовой Славы
* Инвалиды по зрению 1,2 и 3 групп
* Инвалиды по общему заболеванию 1, 2 и 3 групп
* Пациенты, нуждающиеся в неотложной офтальмологической помощи
* Пациенты с осложнениями после ранее проведенного лечения в Филиале.

5-ФЗ от 12.01.1995

Указ Президента РФ №1253 от 15.10.1992

178-ФЗ от 17.07.1999

Указ Президента РФ №431 от 05.05.1992

Закон РФ №1244-1 от 15.05.1991

175-ФЗ от 26.11.1998

Приказ Минздрава РФ №445/77 от 20.12.2000