Медицинская помощь оказывается: гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении **документа, удостоверяющего личность и полиса обязательного медицинского страхования.**

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющие документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только в экстренной и неотложной форме.

**Правила и сроки плановой  госпитализация в ГБУЗ «КДКБ №1»**

1.     В отделения стационара в плановой форме  госпитализируются дети в возрасте от 0 до 18 лет.

2.     Плановая госпитализация осуществляется по направлению врача амбулаторно-поликлинического  учреждения, за которым закреплен пациент по полису ОМС,  по направлению специалистов,  ведущих  консультативные приемы в медицинских организациях,  при переводе из других медицинских организаций (по согласованию   с заведующими отделениями и администрацией       ГБУЗ «КДКБ №1»).

3.     Срок ожидания определяется очередью на госпитализацию в плановой форме и составляет не более 30 дней с момента выдачи направления на госпитализацию в плановой форме.

4.     Дата госпитализации согласовывается с пациентом при личном обращении в приемное отделение или по записи по телефонам приемного отделения: +7(4232)45-56-76, +7(4232)45-14-62.

5.     Госпитализация осуществляется в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в специализированное отделение.

6.     Плановая госпитализация осуществляется в приемном отделении с 9.00  до 15.00 часов. В случае госпитализации с целью проведения оперативного лечения, плановая госпитализация осуществляется с 9.00 до 12.00 часов.

7.     Пациент госпитализируется  в сопровождении законного представителя  (родителя,   опекуна или попечителя) и иных лиц, имеющих нотариально оформленную доверенность для представления интересов   ребенка.

**8.     При плановой госпитализации   пациент обязан предоставить:**

Перечень необходимой медицинской документации, лабораторных и инструментальных обследований, выполняемых амбулаторно, необходимых для осуществления госпитализации пациентов в стационар в плановом порядке. (Утвержден ДЗ ПК 21.07.2017).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Необходимо иметь:** | **Срок годности** | **Примечание** |
| 1 | Направление на госпитализацию. | 30 дней с дня выдачи | С девятизначным номером, датой и печатью направившего ЛПУ. |
| 2 | Выписку из истории развития ребёнка (медицинской карты амбулаторного больного). |   |   |
| 3 | Выписку с указанием данных о профилактический прививках за весь период жизни ребёнка. | Не более 1 месяца | После вакцинации против полиомиелита (живой вакциной), госпитализация через 60 дней. |
| 4 | Данные о реакции Манту за весь период жизни ребёнка. | Не более 1 месяца | В случае имевшей место папулы более 5мм, положительной реакции, а так же при отказе законных представителей ребёнка от проведения пробы Манту. Необходимо предоставить письменное заключение врача фтизиатра о возможности плановой госпитализации пациента в детский стационар. |
| 5 | Справка об эпидемическом окружении за последние 21 сутки. | 3 дня |   |
| 6 | Пенсионное удостоверение (детям инвалидам, из многодетных и малообеспеченных семей). |   |   |
| 7 | Полис обязательного медицинского страхования. |   | Оригинал и световая копия. |
| 8 | Свидетельство о рождении.С возраста 14 лет - паспорт.  |   | Оригинал и световая копия. |
|   |   |   |   |
| **Подлинники результатов проведённых исследований:** |
| 1 | Клинический анализ крови. | 7 дней |   |
| 2 | Анализ крови на ЭДС. | 7 дней |   |
| 3 | Общий анализ мочи. | 7 дней |   |
| 4 | Анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий. | 7 дней |   |
| 5 | Соскоб на энтеробиоз. | 7 дней |   |
| 6 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию. | 7 дней |   |
| 7 |  Бак. посев кала на дизентерийную, тифо- паратифозную группы - детям, до возраста 3-х лет и **пациентам, поступающим в психоневрологическое отделение – до 18 лет,** | 14 дней |   |
| 8 | Флюорография пациентам с 15 лет | 1 год |   |
| **У пациентов женского пола, поступающим для проведения оперативного лечения или обследования под общей анестезией - на указательном пальце должен отсутсвовать лак или нарощеный ноготь.** |
| **Пациентам, поступающим для проведения оперативного лечения, дополнительно предоставлять подлинники результатов обследования:** |
| 1 | Клинический анализ крови (развёрнутый ). | 7 дней | + тромбоциты, время свёртываемости, длительность кровотечения. |
| 2 | Анализ крови на HBS а/г +   HCV а/г | 3 месяца | При положительном результате – заключение от врача инфекциониста о возможности проведения оперативного лечения. |
| 3 | Биохимический анализ крови. | 7 дней | Обязательные показатели: калий, натрий, хлор; общий белок, мочевина, креатинин; билирубин (фракции), АЛТ,АСТ. |
| 4 | Определение показателей свёртывающей, антисвёртывающей системы крови  (САСС) | 7 дней | Обязательные показатели: Протромбиновый индекс (ПТИ), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ), фибриноген,активированное частичное тромбоцитопластиновое время (АЧТВ) |
| 5 | ЭКГ | 7 дней | В случае выявления патологических изменений, консультация врача кардиолога с заключением о возможности проведения оперативного вмешательства в плановом порядке. |
| **Проведение консультаций специалистами:** |
| 1 | ЛОР | 7 дней |   |
| 2 | Стоматолог | 7 дней |   |
| 3 | Кардиолог |   7 дней | Если пациент состоит на диспансерном учёте у врачей одной из этих специальностей, необходимо предоставить письменное заключение данного специалиста с разрешением проведения плановой операции. |
| 4 | Невропатолог |
| 5 | Аллерголог |
| 6 | Эндокринолог |
| 7 | Окулист |
| 8 | Другие узкие специалисты |
| **После сбора всех необходимых анализов и консультаций «узких» специалистов участковым врачом-педиатром даётся письменное заключение об отсутствии противопоказаний к проведению оперативного лечения в плановом порядке.** |
| **Перечень необходимых результатов обследования лица, госпитализируемого в отделение по уходу за ребёнком:** |
| 1 | Паспорт | Лицу, не являющемуся законным представителем ребёнка (бабушка, тётя, другие родственники) необходимо предоставить доверенность от законных представителей пациента с указанием паспортных данных обеих сторон |
| 2 | Флюорография | 1 год |   |
| 3 | Анализ крови на ЭДС | 7 дней |   |
| 4 | Бак. посев кала на дизентерийную,тифо- паратифозную группу. | 14 дней | Для лиц, по уходу за детьми до 3-х летнего возраста. |
| 5 | Анализ кала на ротавирусную инфекцию. | 7 дней. |   |

**На основании Приказа МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (п.3.8.4.; п.3.9.15.; п.3.14.12.; п.3.14.13.;) при направлении на плановую госпитализацию пациентов с нижеследующими заболеваниями, проводить исследования в соответствии с приведённой таблицей:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Направленный диагноз:** | **Срок годности** | **Проведение исследований на догоспитальном этапе** |
| Гипертрофия аденоидов, гипертрофия миндалин, гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов (коды по МКБ-10: J35.1; J35.2; J35.3) | 1 месяц | Рентгенологическое исследование носоглотки и/или эндоскопическое исследование носоглотки |
| Варикозное расширение вен мошонки (код по МКБ-10:I86.1) | 1 месяц | Ультразвуковое исследование органов мошонки |
| Гидроцеле и сперматоцеле (код по МКБ-10: N 43) | .1 месяц | Ультразвуковое исследование органов мошонки |
| Неопущение яичка (код по МКБ-10: Q53) | 1 месяц | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки. |

**9.  Госпитализация в плановой форме осуществляется только при наличии у больного результатов диагностических исследований. Анализы предоставлять в подлиннике.**

1. Клинический анализ крови -  годен 7 дней.

2. Анализ крови на  ЭДС -  годен 7 дней.

3. Общий анализ мочи - годен 7 дней.

4. Анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий  - годен 7 дней.

5. Соскоб на энтеробиоз - годен 7 дней.

6. Бак.посев на дизентерийную  группу детям до 3-х лет  -  годен 14 дней.

7. Флюорография  детям с 15 лет - годна 1 год.

8.Для  госпитализации в отделение неврологии – бакпосев на дизентерийную  группу  детям с 0 до 18 лет – годен 14 дней.

9. Анализ кала на ротавирусную инфекцию – годен 7 дней.

**Для операции дополнительно:**

1.Анализ крови на тромбоциты, свертываемость и длительность кровотечения -  годен 7 дней.

2. Анализ крови на НВS а/г + НСV а/г – годен 3 месяца. При положительном результате – заключение от инфекциониста.

При госпитализации матери по уходу за ребенком Необходимо иметь:

1.Флюорография - годна 1 год.

2. Анализ крови на ЭДС – годен 7 дней.

3. Бак.посев на дизентерийную группу - по уходу за детьми до 3-х лет, годен  14 дней.

4. Анализ кала на ротавирусную инфекцию – годен 7 дней

При госпитализации пациенту необходимо предоставить (при наличии документов): Справку (оригинал и копию), подтверждающей факт установления инвалидности (детям–инвалидам); документ (оригинал и  копию документа), подтверждающий статус многодетной или малообеспеченной семьи.

**Правила и сроки экстренной госпитализации в ГБУЗ «КДКБ №1»**

1.     Экстренная госпитализация больных осуществляется круглосуточно через приемное отделение.

2.      Экстренная госпитализация осуществляется по направлению  врачей поликлиник, врачей скорой медицинской помощи, а также переводом из другого лечебно-профилактического учреждения (по согласованию с дежурными врачами и  администрацией  ГБУЗ «КДКБ №1») и самостоятельно обратившихся больных в приемное отделение.

При госпитализации пациент должен представить:  страховой медицинский полис, свидетельство о рождении (паспорт ребенка). Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющие документы, оформленные ненадлежащим образом, медицинская помощь оказывается только в экстренной и неотложной форме.