

ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. МАСОЧНЫЙ НАРКОЗ

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ
ДОКУМЕНТЫ					
1	Страховой полис ребенка				
2	Паспорт для детей старше 14 лет				
3	Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет				
4	Паспорт законного представителя (мать/отец/опекун + документ, подтверждающий статус законного представителя пациента)			Родственники пациента (братья, сестры, дедушки и бабушки) и супруги родителей (мачеха, отчим) считаются третьими лицами, если они не являются опекунами ребенка	
5	Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ для пациентов младше 15 лет			Только для третьих лиц	
6	Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию профильного специалиста поликлиники (форма N 057/У-04) в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса		Районная поликлиника	Проверьте наличие штампа и печати поликлиники	
7	Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия				
8	Прививочный сертификат законного представителя (мать/отец/опекун) + ксерокопия				
9	Справка об отсутствии карантина по месту жительства	24 часа	Районная поликлиника/ СЭС		
10	Справка об отсутствии карантина по месту учебы (я/с, д/с, школа, колледж и т.д.) с последнего дня посещения	24 часа	Учебное заведение	Из школ не предоставляется в период с 21.06. по 01.09.	
11	Краткая выписка из амбулаторной карты ребенка с указанием основного и сопутствующего заболеваний	1 месяц	Районная поликлиника		
12	Справка от педиатра о состоянии здоровья ребенка (с указанием перенесенных инфекций) и об отсутствии противопоказаний к плановому оперативному лечению	10 дней	Районная поликлиника		
13	Справка от врача-специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения	1 месяц	Районная поликлиника		
14	Справка от стоматолога о санации полости рта	1 месяц	Районная стоматологическая поликлиника/ частная стоматологическая клиника		

15	Справка от лор-врача об отсутствии противопоказаний для планового оперативного лечения	1 месяц	Районная поликлиника	Только для офтальмологического отделения	
16	Прививочный сертификат законного представителя (мать/отец/опекун) + ксерокопия				
ОБСЛЕДОВАНИЯ					
1	Анализ крови на АЛТ	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
2	Клинический анализ крови + тромбоциты + ДК + ВСК	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
3	Анализ крови на Hbs, HcV антиген	6 месяцев	Поликлиника/ частная лаборатория		
4	Общий анализ мочи	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
5	Анализ кала на дизгруппу (для детей младше двух лет)	14 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
6	Анализ кала на я/глистов	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
7	Соскоб на энтеробиоз	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
8	Флюорография для пациентов старше 15 лет	1 год	Поликлиника/ частная клиника		
9	Флюорография законного представителя (мать/отец/опекун)	1 год	Поликлиника/ частная клиника		
ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ					
1	Кружка, ложка, туалетные принадлежности				
2	Свободная одежда, тапочки				
3	Комплект чистого нательного белья свободного покроя для операционной				