

Уважаемый _____, вы записаны на госпитализацию в Центр зрения _____ г. для оперативного лечения век (устранение блефарохлазиса).

На госпитализацию Вам необходимо подойти в платную регистратуру на 1 этаж 8-ми этажного корпуса с результатами анализов.

ОФТАЛЬМОЛОГУ (ТЕРАПЕВТУ, ВОП) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для поступления в областную офтальмологическую больницу для лечения необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. ЭКГ с расшифровкой + пленка (1 месяц) _____

2. Флюорография или рентгенография органов грудной клетки (1 год) _____

3. Консультация терапевта с указанием полного клинического диагноза: _____

3.1 рекомендованная лекарственная терапия (препарат, дозировка, количество приемов в сутки) _____

3.2 заключение об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению под местной анестезией _____

4. Дерматолог _____

АНАЛИЗЫ

1. Общий анализ крови, ретикулоциты, сахар крови, тромбоциты, время свертывания (14 дней) _____

2. Показатели свертывающей системы крови (тромбоциты, фибриноген) (14 дней) _____

3. Биохимический анализ крови (креатинин, альбумин, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, холестерин) (14 дней) _____

4. Анализ крови на РМП (для взрослых и детей с 15 лет) _____

5. Данные обследования на вирус гепатита В (3 месяца), анти ВГС методом ИФА _____

6. Обследование на ВИЧ-инфекцию _____

Диагноз госпитализации: _____

Врач-офтальмолог: _____

телефон администратора платной регистратуры 68-31-06

Проносить в отделения багажные сумки, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено.

Ногти должны быть коротко подстрижены и не покрыты лаком, не допускается наличие накладных ногтей.

Для госпитализации при себе иметь сменную обувь.