

Ваш ребенок, _____, записан на госпитализацию в круглосуточный стационар ГАУЗ АО "АКОБ" для оперативного лечения в условиях общей анестезии.

Госпитализация с 09:00 до 11:30 _____ г.

С результатами обследования Вам необходимо подойти к администратору приемного отделения.

В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.

ОФТАЛЬМОЛОГУ (ПЕДИАТРУ) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для поступления в ГАУЗ АО "АКОБ" необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. ЭКГ с расшифровкой + пленка (1 месяц) _____
2. Рентгенография органов грудной клетки для детей первого года жизни не более 1 месяца давности; для детей от 1 года до 14 лет не более 3х месяцев давности; для детей старше 14 лет не более 6 месяцев давности или данные флюорографии давностью не более 2х лет
3. Стоматолог, санация полости рта (3 месяца) _____
4. Консультация оториноларинголога (3 месяца) _____
5. Консультация педиатра с осмотром и указанием полного клинического диагноза: _____
- 5.1 рекомендованная лекарственная терапия (препарат, дозировка, количество приемов в сутки) _____
- 5.2 заключение об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению в условиях общей анестезии. _____
6. Консультация невролога (при косоглазии, частичной атрофии зрительных нервов, парезах глазодвигательных нервов) _____
7. Консультация врачей специалистов при наличии сопутствующей профильной патологии с заключением о возможности оперативного лечения в условиях общей анестезии: (эндокринолог, кардиолог, невролог, пульмонолог, аллерголог, нефролог и т.д.) _____
8. Справка об отсутствии карантина (3 дня) _____
9. Сведения о профилактических прививках (АДС, корь, полиомиелит) с указанием даты вакцинации, номера и серии вакцины (или титр антител)
10. Сведения о факте перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) с указанием даты заболевания (не более 6 мес. до госпитализации)
11. Направление на госпитализацию, форма 057/у с места прикрепления (14 дней) (в случае отсутствия направления, при плановой госпитализации, в госпитализации будет отказано)

АНАЛИЗЫ

1. Общий анализ крови, СОЭ (14 дней) _____
2. Общий анализ мочи (14 дней) _____
3. Показатели свертывающей системы крови: тромбоциты, фибриноген, АЧТВ (14 дней) _____
4. Биохимический анализ крови: глюкоза, гликированный гемоглобин для пациентов с сахарным диабетом, общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ (14 дней) _____
5. Анализ крови на сифилис в реакции микропреципитации (3 месяца) - для детей старше 14 лет _____
6. Данные обследования на гепатит В, С (HBs-антиген, антитела к HCV) (3 месяца) _____
7. Данные обследования на ВИЧ-инфекцию (3 месяца) _____
8. Кал на яйца глист (14 дней) _____
9. Соскоб на энтеробиоз (10 дней) _____
10. Анализ кала на патогенную кишечную флору (10 дней) - для детей первого года жизни _____
11. Обследование на антиген SARS-CoV-2 методом ИХА (экспресс-тест) или методом ПЦР (в случае отсутствия сведений о факте перенесенного заболевания COVID-19 в течение 6 мес. до госпитализации) давностью не более 2х дней

СОПРОВОЖДАЮЩЕМУ (в случае совместного пребывания в стационаре с ребенком):

1. Флюорография (2 года) _____
2. Кал на яйца глист (14 дней) _____
3. Сведения о профилактических прививках (против дифтерии, кори) с указанием даты вакцинации, номера и серии вакцины (или титр антител)
4. Сведения о вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с указанием наименования вакцины, серии и даты вакцинации
5. Сведения о факте перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) с указанием даты заболевания (не более 6 мес. до госпитализации)
6. Обследование на антиген SARS-CoV-2 методом ИХА (экспресс-тест) или методом ПЦР (в случае отсутствия сведений о вакцинации против новой коронавирусной инфекции или сведений о факте перенесенного заболевания COVID-19 в течение 6 мес. до госпитализации) давностью не более 2х дней

Врач-офтальмолог: _____

Уведомление для родителей (законных представителей (усыновители, опекуны) - для несовершеннолетних, не достигших 14-ти лет (малолетние) о предоставлении спального места и питания с ребенком до достижения им возраста четырех лет бесплатно, с ребенком старше четырех лет - при наличии медицинских показаний «Настоящим уведомляем Вас о том, что в период нахождения вашего ребенка (подопечного) на лечении в ГАУЗ АО «АКОБ» одному из родителей (или иному члену семьи или законному представителю) предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний» в соответствии с требованиями ч.3 ст.51 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

телефон АДМИНИСТРАТОРА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: 68-38-03 (звонить с 10:30 до 17:30) Детская регистратура 68-31-09, звонить с 12:00 до 17:00.

Для госпитализации в стационар необходимо **иметь документы** (паспорт/свидетельство о рождении детям до 14 лет; полис ОМС, соответствующий данным паспорта и социальному статусу пациента; страховое свидетельство государственного пенсионного страхования - СНИЛС; справку МСЭ о наличии инвалидности; документ, подтверждающий полномочия законного представителя - паспорт для родителей, удостоверение опекуна, доверенность), результаты анализов, халат (пижама), предметы личной гигиены, чашку, ложку и номер телефона родственников.

Для родителей, посещающих детей в отделении, необходима сменная обувь (не бахилы).

Проносить в отделение [сумки/чемоданы/рюкзаки/портфели] любого размера, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено.

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

Оригиналы обследования при выписке из стационара не возвращаются. При необходимости иметь с собой копии анализов.

В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА ПРЕДЕЛАМИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ!

Для оказания Вам медицинской помощи в плановой форме Вы должны быть прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи к медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования Архангельской области.

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ г.

г. Архангельск

Я, _____ (ФИО) _____ г.р.

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО),

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (ФИО, дата рождения)

в лечебные учреждения г. _____, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ (ФИО)

Дата