|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Дети (до 18 лет) при госпитализации на плановое оперативное лечение и курса инъекций необходимо иметь:** | : |
| № | Исследование | Срок действия исследования |
| 1 | Справка из СЭС об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня по месту жительства и учебы. | 3 дня |
| 2 | Клинический анализ крови  | 1 месяц  |
| 3 | Анализ крови на свертываемость (скрининговая коагулограмма) | 1 месяц  |
| 4 | Общий анализ мочи | 1 месяц |
| 5 | Анализ кала на яйца глистов | 1 месяц |
| 6 | Анализ кала на кишечную группу (неорганизованные дети до 2лет) | 1 месяц |
| 7 | Соскоб на энтеробиоз | 1 месяц |
| 8 | Анализ крови на ВИЧ  | 6 мес. |
| 9 | Анализ крови на HBS антиген (гепатит В) и HCV (гепатит С)  | 6 мес. |
| 10 | Анализ крови на RW  | 6 мес. |
| 11 | ЭКГ с расшифровкой  | 1 месяц  |
| 12 | Справка от участкового врача-педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях и профилактических прививках | 1 месяц |
| 13 | Консультация врача-отоларинголога | 1 месяц |
| 14 | Консультация врача-стоматолога (о полной санации полости рта) | 1 месяц |
| 15 | Консультация невролога, кардиолога-по показаниям, при патологии - заключение о возможности проведения общей анестезии. | 1 месяц |
| 16 | При врожденной патологии глаз и орбиты (катаракта, глаукома, увеит, аномалия развития) ребенок и мать ребенка в обязательном порядке должна быть обследована на хронические инфекции (токсоплазмоз, туберкулез, цитомегаловирус) | 1 месяц |
| 17 | Заключение врача-аллерголога и врача-ревматолога если ребенок состоит на учете у данных специалистов. | 1 мес. |
| 18 | Заключительная консультация врача-педиатра с проверкой всех анализов и заключением о возможности нахождения ребенка в хирургическом стационаре и проведении общей анестезии в многопрофильном лечебном учреждении. Сведения о прививках. | 7 дней |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Дети (до 18 лет) при госпитализации на курс консервативного лечения (аппаратное лечение) необходимо иметь:** |  |
| № | Исследование | Срок действия исследования |
| 1 | Справка из СЭС об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня по месту жительства и учебы. | 3 дня |
| 2 | Клинический анализ крови  | 1 месяц  |
| 3 | Общий анализ мочи | 1 месяц |
| 4 | Анализ кала на яйца глистов | 1 месяц |
| 5 | Анализ кала на кишечную группу (неорганизованные дети до 2лет) | 1 месяц |
| 6 | Соскоб на энтеробиоз | 1 месяц |
| 7 | Справка от участкового врача-педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях и профилактических прививках | 7 дней |
| 8 | Заключительная консультация врача-педиатра. Сведения о прививках. | 7 дней |

 **Зондирование слезных канальцев (ребенок до 1 года)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Исследование  | Срок действия исследования |
| 1 | Общий анализ крови | 1 месяц |
| 2 | Общий анализ мочи | 1 месяц |
| 3 | Консультация детского невролога | 1 месяц |
| 4 | Консультация педиатра  | 1 месяц |
| 5 | Справка СЭС  | 3 дня  |
| 6 | Анализ крови матери на наличие антител к ВИЧ, RW, HCV. HbS-Ag. При положительных результатах - заключение врача-инфекциониста | 6 месяцев  |

 **К сведению родителей (законных представителей) ребенка:**

 1) Перед хирургическим лечением ребенок должен быть здоров - после перенесенного ОРВИ не менее 1 мес, детского инфекционного заболевании не менее 3 месяцев!

 2)Результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключения врачей-специалистов
должны быть действительны к назначенной дате госпитализации!

3)При необходимости индивидуального ухода (детям до 7 лет, в послеоперационном периоде и на
время обследования под наркозом) родителю или законному представителю необходимо иметь:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Исследование | Срок действия исследования |
| 1 | Рентгенография грудной клетки или флюорография. | 1 год |
| 2 | Кал на я/глистов, ц/лямблий | 1 месяц |
| 3 | Соскоб на энтеробиоз  | 1 месяц |
| 4 | Анализ кала на диз. группу (при уходе за неорганизованным ребенком до 2-х лет.) | 1 месяц |