

**Перечень документов и анализов  
предоставляемых при плановой госпитализации**

<b>Перечень документов для плановой госпитализации (на все отделения)</b>			
№ п/п	Название	Срок годности	Примечание
1	Направление из поликлиники по месту прикрепления полиса ОМС	14 дней	Всем пациентам
2	Свидетельство о рождении ребенка до 14 лет (+ копия) или паспорт ребенка старше 14 лет (+ копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)		для детей до 14 лет, не имеющих паспорта
3	СНИЛС ребенка (+ копия)		Всем пациентам
4	Полис ОМС ребёнка с указанием прикрепления в СПб (+ копия обеих сторон)		Сверка по базе Территориального Фонда ОМС производится при записи и при поступлении
5	Паспорт родителя/законного представителя ребёнка (+ копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)		Всем пациентам
6	Сведения о профилактических прививках (наличие прививочного сертификата/копия прививочного сертификата, заверенная в поликлинике/карта профилактических прививок 063/у) – в случае отсутствия профилактических прививок справка от врача-педиатра о наличии противопоказаний, медотводов		Всем пациентам
7	Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства в течение 21 дня до госпитализации	1 сутки	Всем пациентам
8	Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в посещаемом учреждении на день последнего посещения в течение 21 дня до госпитализации	1 сутки	Всем пациентам
<b>Перечень анализов для плановой госпитализации (на все отделения)</b>			
9	Мазок на коронавирусную инфекцию (COVID-2019)	7 дней	Всем пациентам
10	Кровь на АЛТ	14 дней	Всем пациентам
11	Кал на яйца гельминтов	14 дней	Всем пациентам
12	Соскоб на энтеробиоз	14 дней	Всем пациентам
13	Анализ кала на кишечную группу (дизгруппа)	14 дней	Детям до 2 лет
14	Сведения о пробах Манту/Диаскинтест/Т-SPOT или, при наличии противопоказаний к туберкулинодиагностике (отказа от туберкулинодиагностики), – справка из противотуберкулезного диспансера	1 год	С 1 года (детям с 15 до 17 лет допускается наличие только ФЛГ сроком давности не более 1 года)
15	ФЛГ	1 год	Детям с 15 лет
<b>ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЛИЦ</b>			
16	Мазок на коронавирусную инфекцию (COVID-2019)	7 дней	Всем
17	Анализ кала на кишечную группу (дизгруппа)	14 дней	Сопровождающих детей до 2 лет
18	ФЛГ	1 год	Всем
19	Сведения о профилактических прививках (наличие прививочного сертификата/копия прививочного сертификата, заверенная в поликлинике/карта профилактических прививок 063/у) – при отсутствии сертификата - обязательно данные о кори, при отсутствии 2-х кратной вакцинации против кори - сведения о титрах антител		Всем
20	Паспорт		Всем

**ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД МАСОЧНЫМ НАРКОЗОМ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНО**

№ п/п	Название	Срок годности	Примечание
1	Клинический анализ крови + тромбоциты, время свёртываемости по Ли-Уайту, длительность кровотечения	14 дней	
2	Кровь на маркёр гепатита В (HbS-Ag)	6 месяцев	
3	Кровь на маркёр гепатита С (HCV), RW, форму-50	1 месяц	
4	Общий анализ мочи	14 дней	
5	Мазок из зева и носа на дифтерию	14 дней	Иногородним
6	Справка о состоянии здоровья от участкового педиатра с указанием перенесённых заболеваний и отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	14 дней	
7	Справка ( <u>разрешение на операцию</u> ) от врача-специалиста, если ребёнок на диспансерном учёте, с указанием отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	14 дней	

**ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ НАРКОЗОМ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНО**

№ п/п	Название	Срок годности	Примечание
1	Клинический анализ крови + тромбоциты, время свёртываемости по Ли-Уайту, длительность кровотечения	14 дней	
2	Биохимический анализ крови – Общий белок, Билирубин (общий), Глюкоза, Мочевина, Креатинин, Кальций, Натрий, Калий, Хлор, Протромбин, Фибриноген	14 дней	
3	Кровь на маркёр гепатита В (HbS-Ag)	6 месяцев	
4	Кровь на маркёр гепатита С (HCV), RW, форму-50	1 месяц	
5	Общий анализ мочи	14 дней	
6	Мазок из зева и носа на дифтерию	14 дней	Иногородним
7	ЭКГ с описанием, в случае наличия патологических отклонений необходима справка врача-детского кардиолога с указанием отсутствия противопоказаний для оперативного лечения под наркозом	30 дней	
8	Справка о состоянии здоровья от участкового педиатра с указанием перенесённых заболеваний и отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	14 дней	
9	Справка ( <u>разрешение на операцию</u> ) от врача-специалиста, если ребёнок на диспансерном учёте, с указанием отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	14 дней	

**ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ (телефон стоматолога 670-25-31)**

10	Направление из стоматологической поликлиники от лечащего врача форма 057/у-04. с указанием диагноза и обоснования лечения под общим обезболиванием (страх перед стоматологическим вмешательством, негативное отношение к стоматологическому вмешательству)	14 дней	
11	Выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента с указанием зубной формулы. Данные ранее выполненных рентгенологических обследований челюстно-лицевой области (ортопантограмма для детей старше 7 лет)	1 месяц	

12	Справка от врача – невролога психиатра - при наличии у ребенка психических заболеваний и расстройств поведения или заболевания центральной нервной системы с результатами проведенной электроэнцефалографии и допуск к лечению под общим обезболиванием.	3 месяца	При приеме лекарств- названия препаратов, режим дозирования и показания (диагноз, шифр-МКБ-10)
----	--	----------	--