



Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Детская краевая клиническая больница" имени А.К. Пиотровича
министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ ДККБ)
680003, Российская Федерация, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Прогрессивная, д. 6
тел./факс (4212) 91-04-13. E-mail: kgbuzdkkb@dkkb.medkhv.ru; https://dkkb.medkhv.ru
ОКПО 42669450, ОГРН 1132723006943, ИНН/КПП 2723166322/272301001, телефон приемного отделения: 91-04-29

НАПРАВЛЕНИЕ (вызов) для плановой госпитализации

ФИО: _____ возраст: _____

Диагноз: _____

Кем направлен: _____

Дата госпитализации: _____

Отделение: _____

При госпитализации необходимо иметь:

1. **Документы:** направление, медицинский полис + ксерокопию полиса, паспорт (одного из родителей и детям старше 14 лет), выписку из истории болезни (амбулаторной карты), СНИЛС, прививочный лист (сертификат) с указанием прививочного статуса ребенка (**количество сделанных прививок против полиомиелита, дата последней прививки против полиомиелита и название вакцины**), справку от участкового педиатра об отсутствии контакта с инфекционными больными (годна 3 дня!), осмотр педиатра с указанием отсутствия противопоказаний к проведению оперативного лечения (годен 3 дня), рентгеновские снимки.

Для детей из других регионов: направление на госпитализацию **форма 057/у**, выданное поликлиникой по месту прикрепления, медицинский полис, свидетельство о рождении, паспорт (одного из родителей и детям старше 14 лет), СНИЛС - их ксерокопии.

2. **Анализы:**

- общий анализ крови (длительность кровотечения, время свертывания, тромбоциты) - годен 10 дней;
- общий анализ мочи (для нефрологического отделения дополнительно проба Зимницкого, посев мочи) - годен 10 дней;
- кровь на RW - годен 1 месяц;
- флюорография (подросткам с 15 лет) - годна 1 год;
- анализ кала на яйца глистов - годен 10 дней;
- соскоб на энтеробиоз - годен 10 дней;
- глюкоза крови - годен 10 дней;
- анализ крови на HbsAq и анти-ВГС методом ИФА, ВИЧ (при госпитализации на хирургическое лечение и эндоскопическое обследование) - годен 1 месяц;
- биохимический анализ крови (общий белок, фибриноген, протромбиновый индекс, билирубин, мочевины), по показаниям - годен 10 дней;
- ЭКГ - годна 1 месяц;
- бактериологическое исследование мочи (для урологического отделения) - годен 14 дней;
- УЗИ почек, УЗИ мочевого пузыря, УЗИ гонад (для урологического отделения) - годен 1 месяц;
- анализ кала на диз.группу (при госпитализации детей до 2-х летнего возраста) - годен 14 дней.

3. **Заключение специалистов** (по показаниям): невролог, ЛОР-врач, стоматолог, аллерголог, генетик, окулист, нефролог, фтизиатр, гинеколог (нужное подчеркнуть).

4. **Анализы для родственников**, госпитализируемых по уходу:

- анализ крови на RW - годен 1 месяц;
- флюорография - годна 1 год;
- справка о прививке против дифтерии - 10 лет от момента вакцинации;
- анализ кала на диз.группу (при госпитализации детей до 2-х летнего возраста).

Врач _____

Дата _____