

Приложение № 3

к Положению о порядке оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России

ДЕТИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России
105062, г. Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д.14/19

<http://www.info@igb.ru>

ОТДЕЛ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ
Детское хирургическое отделение
+7(495) 625-92-33

Детское приемное отделение
+7 (495) 624-74-31

РЕГИСТРАТУРА ДКПО
+7 (495) 608-00-26

Ребенок _____ планируется на госпитализацию в отделение детской хирургии.

Дата ориентировочной госпитализации « _____ » _____ 2026 год.

В день госпитализации в 8-45 ч. необходимо явиться в детское приемное отделение 8 корпус, 1 этаж со всеми результатами обследований и следующими документами: талон-направление ВМП или талон-направление СМП, свидетельство о рождении или паспорт (с 14 лет), полис ОМС, СНИЛС, справка об инвалидности (при наличии).

При госпитализации в стационарное отделение необходимо иметь:

№	Исследование	Срок действия исследования
1	Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня по месту жительства и учебы.	3 дня
2	Клинический анализ крови (развернутый)	14 дней
3	Исследование свертывающей системы крови (коагулограмма)	14 дней
4	Общий анализ мочи	14 дней
5	Анализ кала на яйца гельминтов и простозоозы	20 дней
6	Анализ кала на кишечную группу (детям до 2-х лет)	14 дней
7	Соскоб на энтеробиоз	20 дней
8	Анализ крови на ВИЧ, HBS антиген (гепатит В), HCV (гепатит С), RW. Детям до 1 года – анализ матери. При положительных результатах – заключение врача-инфекциониста.	3 мес.
9	Биохимический анализ крови: АСТ; АЛТ; ЩФ; билирубин; холестерин; креатинин; мочевины; общий белок; электролиты (К, Na, Cl)	14 дней

10	Сведения (прививочный сертификат, справка и т.п.) о перенесенных инфекционных заболеваниях и профилактических прививках. Абсолютные противопоказания (медицинский отвод) и временный медицинский отвод (с указанием срока) от профилактических прививок должны быть подтверждены справкой от врача-педиатра или иммунологической комиссией из поликлиники по месту территориального прикрепления, заверенной штампом медицинской организации, печатью и подписью врача, выдавшего документ.	
11	Рентгенография грудной клетки с заключением врача-рентгенолога. При наличии увеличения вилочковой железы – консультация врача-эндокринолога.	1 год
12	Заключение врача-оториноларинголога об отсутствии острой воспалительной патологии.	14 дней
13	Заключение врача-стоматолога о санации полости рта	1 мес.
14	Заключение врача-невролога. При наличии неврологической патологии - заключение о возможности проведения анестезиологического пособия (наркоза).	14 дней.
15	Электрокардиограмма (пленка с расшифровкой). При наличии изменений на ЭКГ – заключение врача-кардиолога о возможности проведения анестезиологического пособия (наркоза).	1 мес.
16	Заключение врача-аллерголога и врача-ревматолога, если ребенок состоит на учете у данных специалистов.	1 мес.
17	Заключение врача-педиатра (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного – форма 027/у). При проведении хирургического лечения – заключение о возможности проведения анестезиологического пособия (наркоза) в <u>монопрофильном</u> медицинском учреждении.	14 дней
18	Сведения (прививочный сертификат, справка) о проведенной законченной вакцинации против кори, с указанием даты проведения вакцинации или сведения о наличии достаточного количества IgG, в том числе для родителей или законных представителей госпитализируемых детей	

Для детей с онкологической патологией необходимы дополнительные обследования:

№	Исследование	Срок действия исследования
1	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и шейных лимфотических узлов (при внутриглазных новообразованиях)	1 месяц
2	МРТ орбит и головного мозга в 2-х проекциях с шагом 1,5 мм (диск или снимки с описанием) (при внутриглазных новообразованиях)	1 месяц
3	Рентген органов грудной клетки (снимки) с описанием (при внутриглазных новообразованиях)	1 месяц
4	КТ орбит и головного мозга в 2-х проекциях с шагом 1,5 мм (диск или снимки с описанием) (при новообразованиях орбиты)	1 месяц
5	Заключение врача-онколога с указанием наличия/отсутствия онкологических заболеваний (в том числе метастатического поражения) других локализаций.	1 месяц

К сведению родителей (законных представителей) ребенка:

- 1) **Перед хирургическим лечением ребенок должен быть здоров после перенесенного ОРВИ (грипп и т.п.) – госпитализация не ранее 1-го мес., детского инфекционного заболевания (ветряная оспа, краснуха, коклюш и т.п.) - не ранее 3-х месяцев!**
- 2) Результаты лабораторных и инструментальных исследований, заключения врачей-специалистов должны быть действительны к назначенной дате госпитализации, иметь штамп медицинского учреждения и дату выполнения (согласно Перечню)!
- 3) При необходимости индивидуального ухода (детям до 4 лет, в послеоперационном периоде и на время обследования под наркозом) родителю или законному представителю необходимо иметь:

№	Исследование	Срок действия исследования
	Рентгенография грудной клетки (снимки) или флюорография с описанием	1 год
2	Заключение врача-дерматолога + анализ крови на RW, ВИЧ, HBS, HCV. При положительных результатах – заключение врача-инфекциониста.	3 мес.
3	Анализ кала на кишечную группу (матерям детей до 2-х лет)	14 дней
4	Сведения (прививочный сертификат, справка) о проведенной законченной вакцинации против кори, с указанием даты проведения вакцинации или сведения о наличии достаточного количества IgG	

- 4) Дети для нахождения в стационарном отделении должны иметь сменную одежду, сменную обувь, предметы личной гигиены.
- 5) При необходимости индивидуального ухода за ребенком родителю (законному представителю) необходимо иметь: сменную одежду (халат или спортивный костюм), сменную обувь, косынку (шапочку), предметы личной гигиены.
- 6) При проведении хирургического вмешательства обеспечить отсутствие цветного покрытия на ногтях.
- 7) В день операции необходимо иметь смену нательного белья.
- 8) **Госпитализация проводится, только при наличии всех результатов обследования!**

« _____ » _____ 2026 г.

Врач _____