



Памятка для подготовки на госпитализацию в отделения хирургического профиля

№ п/п	Наименование	срок действия (до числа госпитализации)	где получить	примечание	Отметить наличие
ДОКУМЕНТЫ					
1	Направление на госпитализацию в Клинику ФГБОУ ВО СПбГПМУ (форма 057/у-04)	1 год	Поликлиника по месту жительства	Проверьте наличие штампа и печати учреждения	
ИЛИ	направление на СМП, оформленное в бумажном виде в соответствии с приказом № 1363н от 23.12.2020 Минздрава России или через систему мониторинга СМП ЕГИСЗ (https://smp.egisz.rosminzdrav.ru).	1 год	Поликлиника по месту жительства	Проверьте наличие номера талона-направления при поступлении для оказания специализированной медицинской помощи (СМП)	
ИЛИ	направление на ВМП, оформленное в через систему мониторинга ВМП ЕГИСЗ (https://vmp.rosminzdrav.ru).	1 год	Региональные органы управления здравоохранением по месту жительства (минздрав, комитет, управление)	Проверьте наличие номера и бумажной версии талона-направления при поступлении для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)	
2	Полис обязательного медицинского страхования (ОМС)		МФЦ, портал Госуслуги	оригинал + ксерокопия	
3	СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования или форма АДИ-РЕГ		МФЦ, Пенсионный Фонд по месту регистрации, портал Госуслуги	оригинал + ксерокопия	
4	Свидетельство о рождении ребенка до 14 лет или паспорт ребенка после 14 лет		МФЦ, органы ЗАГС	оригинал + ксерокопия	
5	Справка об установлении инвалидности у ребенка		Бюро МСЭ	При наличии у ребенка установленной инвалидности, ксерокопия	
6	Паспорт одного из законных представителей ребенка (мать/отец/опекун)		МФЦ, УМВД	оригинал + ксерокопия	
	Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ (на сопровождение, обследование и лечение с правом подписи информированного согласия на медицинское вмешательство)	На период госпитализации	Нотариальная контора	только для третьих лиц, сопровождающих ребенка - оригинал + ксерокопия	
СПРАВКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА					
1	Краткая выписка из амбулаторной карты ребенка с указанием основного и сопутствующих заболеваний	1 мес	Поликлиника по месту жительства	+ результаты ранее проведенных обследований, в том числе КТ, МРТ, выписки из истории болезни о предыдущем лечении – при наличии	
2	Справка от педиатра о состоянии здоровья ребенка и отсутствии противопоказаний к плановому хирургическому лечению	10 дней	Поликлиника по месту жительства	Для пациентов, поступающих на все хирургические отделения, ЛОР - отделение, офтальмологическое отделение	

3	Прививочный сертификат ребенка или прививочная карта		Поликлиника по месту жительства, ДДУ, учебное заведение	оригинал +ксерокопия. В случае мед. отвода от проф. прививок –документ, подтверждающий противопоказание к вакцинации	
4	для детей старше 1 года в случае отсутствия проф. прививки от кори - уровень титра противокоревых антител (IgG) в крови	6 мес	Поликлиника/ лаборатория		
5	Справка от фтизиатра, о том, что пациент может находиться в отделении общего профиля.	6 мес	Тубдиспансер районный, городской	Справки об отсутствии постановки на учет не принимаются	
6	Справка об отсутствии карантина по месту жительства	72ч	Поликлиника по месту жительства/СЭС		
7	Справка об отсутствии карантина в образовательном учреждении с последнего дня посещения	72ч	Образовательное учреждение (ДДУ, школа, колледж и т.д.)	Срок действия для иногородних -со дня отъезда с постоянного места жительства	

АНАЛИЗЫ/ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1	клинический анализ крови	7 дней	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от лечащего врача	
2	Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, белок, электролиты)	7 дней	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от лечащего врача	
3	общий анализ мочи	7 дней	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от лечащего врача	
4	Коагулограмма	7 дней	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от гематолога	
5	ЭКГ	7 дней	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	При отклонения результатов– справка от лечащего врача/кардиолога по месту жительства	
6	анализ кала на яйца глистов, простейшие	1 мес	Поликлиника/ лаборатория	При положительных результатах – пациент не госпитализируется до выздоровления от глистной инвазии	
7	соскоб на энтеробиоз	1 мес	Поликлиника/ лаборатория	При положительных результатах – пациент не госпитализируется до выздоровления от глистной инвазии	
8	анализ кала на дизентерийную группу	2 нед	Поликлиника/ лаборатория	Пациентам до 2 лет включительно	
9	ФЛГ(флюорография)	1 год	Поликлиника/ клиника	для пациентов 15 лет и старше	
10	Маркеры гепатитов В и С; обследование на сифилис (микрореакция или RW или РПГА)	1 мес	Поликлиника/ лаборатория	При положительных результатах анализов дополнительно предоставить справку от врача инфекциониста – срок действия 3 мес	

СПРАВКИ И АНАЛИЗЫ ДЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД

1	Справка от терапевта о возможности нахождения в отделении общего профиля	10 дней	Поликлиника по месту жительства		
2	Прививочный сертификат		Поликлиника по месту жительства		
3	в случае отсутствия проф. прививки от кори - уровень титра противокоревых антител (IgG) в крови	6 мес	Поликлиника/ лаборатория		
4	ФЛГ (флюорография)	1 год	Поликлиника/ клиника по месту жительства		
5	результаты анализа кала на дизентерийную группу	2 нед	Поликлиника/ лаборатория по месту жительства	Для законных представителей пациентов до 2 лет включительно	

ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

1	Кружка, ложка, туалетные принадлежности				
2	Свободная одежда, белье, сменная обувь				