



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по национальным проектам и  
лечебной работе ФГБОУ ВО СПбГПМУ  
Минздрава России  
Ю.В. Петренко  
2023

Памятка для подготовки на госпитализацию в отделения педиатрического профиля

| № п/п                       | Наименование                                                                                                                                                                                                                                  | срок действия (до числа госпитализации) | где получить                                                                                        | примечание                                                                                                                              | Отметить наличие |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>ДОКУМЕНТЫ</b>            |                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                     |                                                                                                                                         |                  |
| 1                           | Направление на госпитализацию в Клинику ФГБОУ ВО СПб ГПМУ (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 ( <a href="https://smp.egisz.rosminzdrav.ru">https://smp.egisz.rosminzdrav.ru</a> ). | 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 ( <a href="https://vmp.rosminzdrav.ru">https://vmp.rosminzdrav.ru</a> ).                                                                                               | 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)                  |                                         | Нотариальная контора                                                                                | только для третьих лиц, сопровождающих ребенка - оригинал +ксерокопия                                                                   |                  |
| <b>СПРАВКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА</b> |                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                     |                                                                                                                                         |                  |
| 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                           | 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                    |                  |
| 3                           | для детей старше 1 года в случае отсутствия проф. прививки от кори - уровень титра                                                                                                                                                            | 6 мес                                   | Поликлиника/ лаборатория                                                                            | Оригинал+ксерокопия результатов анализа                                                                                                 |                  |

|                                                                                     |                                                                                                 |         |                                                         |                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                     | противокоревых антител (IgG) в крови                                                            |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 4                                                                                   | 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                                           |  |
| 5                                                                                   | Справка об отсутствии карантина по месту жительства                                             | 72ч     | Поликлиника по месту жительства/СЭС                     |                                                                                                   |  |
| 6                                                                                   | 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                      |  |
| <b>АНАЛИЗЫ/ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА</b>                                            |                                                                                                 |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 1                                                                                   | клинический анализ крови                                                                        | 7 дней  | Поликлиника/ лаборатория                                | При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от лечащего врача |  |
| 2                                                                                   | общий анализ мочи                                                                               | 7 дней  | Поликлиника/ лаборатория                                | При отклонения результатов анализов от указанных референсных значений – справка от лечащего врача |  |
| 3                                                                                   | анализ кала на яйца глистов, простейшие                                                         | 1 мес   | Поликлиника/ лаборатория                                | При положительных результатах – пациент не госпитализируется                                      |  |
| 4                                                                                   | соскоб на энтеробиоз                                                                            | 1 мес   | Поликлиника/ лаборатория                                | При положительных результатах – пациент не госпитализируется                                      |  |
| 5                                                                                   | анализ кала на дизентерийную группу                                                             | 2 нед   | Поликлиника/ лаборатория                                | Только пациентам до 2 лет включительно                                                            |  |
| 6                                                                                   | ФЛГ(флюорография)                                                                               | 1 год   | Поликлиника/ клиника                                    | для пациентов 15 лет и старше                                                                     |  |
| <b>СПРАВКИ И АНАЛИЗЫ ДЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД</b> |                                                                                                 |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 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                                    |                                                                                                   |  |
| 5                                                                                   | результаты анализа кала на дизентерийную группу                                                 | 2 нед   | Поликлиника/ лаборатория                                | Для законных представителей пациентов до 2 лет включительно                                       |  |
| <b>ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ</b>                                          |                                                                                                 |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 1                                                                                   | Кружка, ложка, туалетные принадлежности                                                         |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 2                                                                                   | Свободная одежда, сменная обувь (тапочки)                                                       |         |                                                         |                                                                                                   |  |
| 3                                                                                   | Нательное хлопчатобумажное белье (100% хлопок) – 4-5 комплектов                                 |         |                                                         | Для пациентов, поступающих в кожно-венерологическое отделение                                     |  |