

**Перечень документов (справок и анализов),  
предоставляемых при плановой госпитализации**

**ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ НАРКОЗОМ**

**Перечень анализов, справок и документов для плановой госпитализации**

№ п/п	Название	Срок годности	Примечание
1	Клинический анализ крови + тромбоциты, протромбиновое время, фибриноген, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), ДК (длительность кровотечения)	до 10 дней	Всем пациентам
2	Биохимический анализ крови: АЛТ, Общий белок, Билирубин (общий), Глюкоза, Мочевина, Креатинин, Кальций, Натрий, Калий, Хлор, Протромбин	до 10 дней	Всем пациентам
3	Кровь на маркер гепатита В (HbS-Ag)	1 месяц	Всем пациентам
4	Кровь на маркер гепатита С (HCV)	1 месяц	Всем пациентам
5	Кровь на маркер ВИЧ	1 месяц	Всем пациентам
6	Кровь на сифилис (Treponema Pallidum)	1 месяц	Всем пациентам
7	Общий анализ мочи	до 10 дней	Всем пациентам
8	Кал на яйца гельминтов	до 13 дней	Всем пациентам
9	Соскоб на энтеробиоз	до 13 дней	Всем пациентам
10	Анализ кала на кишечную группу (диз.группа)	до 13 дней	Детям до 2 лет
11	Сведения о пробах Манту/Диаскин-тест/Т-SPOT или, при наличии противопоказаний к туберкулинодиагностике (отказа от туберкулинодиагностики)-справка из противотуберкулезного диспансера	1 год	Всем пациентам
12	Флюорографическое обследование	1 год	детям с 15 лет
13	Справка о состоянии здоровья от участкового педиатра с указанием перенесённых заболеваний и отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	7 дней	Всем пациентам
14	Справка (разрешение на операцию) от врача-специалиста, если ребёнок на диспансерном учёте, с указанием отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра	14 дней	Всем пациентам
15	ЭКГ с описанием, в случае наличия патологических отклонений необходима справка врача-детского кардиолога с указанием отсутствия противопоказаний для оперативного лечения под наркозом	30 дней	Всем пациентам
16	Отсутствие инфекционных заболеваний за 30 дней до госпитализации	30 дней	Всем пациентам
17	Свидетельство о рождении ребенка до 14 лет (+копия) или паспорт ребенка старше 14 лет (+копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)		Всем пациентам
18	СНИЛС ребенка (+копия)		Всем пациентам
19	Полис ОМС ребёнка с указанием прикрепления в СанктПетербурге (+копия обеих сторон)		Всем пациентам.
20	Паспорт родителя/законного представителя с которым прописан ребенок (+копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)		Всем пациентам
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Копия прививочного сертификата /карта профилактических прививок 063/у – в случае отсутствия профилактических прививок справка от врача-педиатра о наличии противопоказаний, мед. отводов, отказов</li> <li>• Отсутствие профилактических прививок (30 дней до госпитализации)</li> <li>• Отсутствие вакцинации ОПВ (оральной полиомиелитной вакцины) в течение 60 дней до госпитализации</li> </ul>		Всем пациентам
22	Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства в течение 21 дня до госпитализации (из детской поликлиники)	1 сутки	Всем пациентам
23	Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в посещаемом учреждении на день последнего посещения в течение 21 дня до госпитализации	1 сутки	Всем пациентам
24	Направление из стоматологической поликлиники от лечащего врача (форма 057/у-04), с указанием диагноза и обоснование лечения под общим обезболиванием (страх перед стоматологическим вмешательством, негативное отношение к стоматологическому вмешательству)	14 дней	
25	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	

26	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-название препаратов, режим дозирования и показания (диагноз, шифр-МКБ-10)
<b>Для лица, сопровождающего ребёнка</b>			
1	Анализ кала на кишечную группу (диз.группу)	13 дней	Сопровождающим детей до 2 лет
2	Сведения о двукратной вакцинации от кори или результат Ig к кори (положительные/отрицательные титры)	Результаты IgG – 1 год	Всеm
3	ФЛГ, при наличии противопоказаний - справка из противотуберкулезного диспансера	1 год	Всеm
4	Паспорт (+копия)		Всеm

**Телефон контактного центра для записи на операцию на отделение плановой хирургии: +7 (812) 670-45-45**

**Телефон отделения: 670-25-31  
 Приёмное отделение: 670-45-30  
 Телефон отделения платных услуг: 670-45-44  
 ДМС отдел: 8-911-925-56-75  
 Наш адрес: ВО 2-я линия д.47**