

**Правительство Москвы**

**Департамент здравоохранения города Москвы**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 9 им. Г.Н. СПЕРАНСКОГО**

**ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»**

(ГБУЗ **«**ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ**»)**

Шмитовский проезд, д.29, Москва, 123317; Тел: 8 (499) 256-21-62, факс: 8 (499) 256-61-27

**Направление на плановую госпитализацию (в соответствии с приказом ДЗМ от 25.08.2019 №500)**

**Документы РЕБЁНКА, необходимые для плановой госпитализации:**

1) направление (**форма №057/у-04)** из поликлиники на плановую госпитализацию заверенное печатью учреждения **(действительно в течение 20 календарных дней )**

2)полис обязательного медицинского страхования **(ОМС)** ребенка **(ксерокопия с двух сторон), СНИЛС**

3) свидетельство о рождении ребёнка, детям с 14 лет – паспорт **( ксерокопия этих документов для иногородних)**

4) паспорт родителя (законного представителя) ксерокопию для иногородних

5) выписка из медицинской карты амбулаторного больного (форма №027/у) из поликлиники с заключением

врача-педиатра об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и отдельно заключение специалистов если ребенок состоит на диспансерном учете **(действительно в течение 10 дней)**

6) медицинская справка (карта профилактических прививок форма №063/у) с указанием

результатов туберкулинодиагностики из поликлиники

7) справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по дому из поликлиники и учебному заведению

/ колледжу/ школе/детскому саду (яслям) в течение 21 суток **(срок действия 3 суток)**

8) заключение специалиста из КДЦ№9 или выписку из ДГКБ№9 ( хирурга, уролога, нейроуролога ,травматолога)

**Перечень анализов и протоколов исследований РЕБЁНКА, необходимых для плановой госпитализации для оперативного лечения или инвазивного обследования**

1) клинический анализ крови **(срок давности 14 дней)**

2) общий анализ мочи **(срок давности 14 дней)**

3) анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз

**(срок давности 20 дней)**

4) анализ кала на кишечную группу (для детей до 2-х лет, **(сроком давности до 14 дней)**

5) биохимический анализ крови: глюкоза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, мочевина,

креатинин, щелочная фосфатаза, белок **(срок давности 14 дней)**

6) электрокардиография с расшифровкой **(срок давности 30 дней).** При наличии изменений на ЭКГ - ОБЯЗАТЕЛЬНО заключение кардиолога о возможности оперативного вмешательства

7) исследование крови на сифилис методом ИФА (суммарные антитела)

**(сроком давности до 3 мес.)**

8) исследование крови на маркеры гепатитов В и С **(срок давности до 3 мес.)**

9) исследование крови на ВИЧ-инфекцию **(срок давности до 3 мес.)**

10) исследование свертывающей системы крови (протромбиновое время, тромбиновое время,

фибриноген, АЧТВ) **(срок давности до 14 дней)**

11) определение группы крови и резус-фактора

12) Заключение врача стоматолога о санации полости рта **(срок действия до 30 дней)**

**Перечень анализов и протоколов исследований законного представителя, необходимых для плановой госпитализации ребёнка:**

1) результат проведённой флюорографии (срок давности до **1** года);

2) анализ кала на кишечную группу (для родителей детей до 2-х лет) **(срок до 14 дней)**

3) анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы,соскоб на энтеробиоз **(срок до 20 дней)**

4) Справка о прививке против кори до 35 лет или анализ крови с указанием

титра иммуноглобулина G

**5) СНИЛС**

**ОБРАЩАЕМ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ:**

1. Для госпитализации необходимо обязательное присутствие одного из родителей или законного представителя ребенка
2. Госпитализация больных проводится только при наличии полного перечня документов с соблюдением срока их действия (показатели обследований должны укладываться в возрастную норму).
3. Отсутствие или истечение срока действия одного из документов и (или) анализов является основанием для отказа в госпитализации на основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 25.06.2018 №500
4. На всех документах должны стоять печати выдавшего их учреждения.
5. Не допускается плановая госпитализация детей с явлениями острого и обострением хронического инфекционного заболевания.
6. При отклонениях у ребёнка и/или законного представителя в анализах на HbsAg, HCV, ВИЧ и сифилис госпитализация возможна только при наличии справки от врача-инфекциониста.
7. При наличии у ребёнка и/или законного представителя диагноза/признаков туберкулёза при флюорографии или положительной реакции на Диаскин-тест госпитализация возможна только при наличии справки от фтизиатра.
8. После вакцинации от полиомиелита оральной (принятой через рот) полиомиелитной вакциной, госпитализация возможна через 60 дней, а от **кори** не ранее 15 дней после вакцинации **живой коревой вакциной**.
9. Одному из родителей ребенка до 4-х лет предоставляется на безвозмездной основе спальное место и питание в профильном отделении. Госпитализация одного из родителей с ребенком старше 4 лет осуществляется **только** по медицинским показаниям и решается заведующим отделением в каждом конкретном случае
10. Родители имеют право на улучшение условий госпитализации за счет личных средств (согласно прейскуранту). К улучшенным условиям госпитализации относится предоставление одному из родителей, при наличии свободных мест, одноместной палаты или палаты повышенной комфортности
11. Листок временной нетрудоспособности по уходу выдается в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 29 июня 2011 года № 624н с дополнениями и изменениями «О порядке выдачи медицинскими организациями листков временной нетрудоспособности».
12. **В день госпитализации необходимо предупредить лечащего (дежурного) врача отделения, о необходимости выдачи листка временной нетрудоспособности или о наличии листка нетрудоспособности, выданного ранее;**

***Явка на госпитализацию с 9:30 до 15:00 5корпус 1этаж ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №1***

***телефон:*** 8-499-259-47-25 ( 8 хирург. отделение травматологии )

***звонить в будни******с 13:00 до 15:00***

Ф.И.О. Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата госпитализации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Копии анализов не принимаются, так как документом не являются!**

*\*ГБУЗ "ДГКБ№9 им. Сперанского ДЗМ" не оплачивает дорожные расходы и не имеет общежития для сопровождающих лиц;*