|  |  |
| --- | --- |
| **федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И.Турнера " Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. ТУРНЕРА" Минздрава России)**196603, Санкт-Петербург, Пушкин, Парковая ул., 64-68 | Телефоны: Главный врач: 465-56-90Факс: 465-28-57Отдел госпитализации:  Телефон 451-51-50 Тел/факс 451-57-59 Приемное отделение: 507-54-09**Дневной стационар: СПб, Лахтинская, 12, тел. 507-12-06**E-mail: hospital@rosturner.ruСайт в интернете http://www.rosturner.ru |
| **ВЫЗОВ****на поступление в стационар института** |
| №  | от  |
| ПАЦИЕНТ(ФИО, дата рождения): |  |
| **Дата госпитализации:** |  |
| **Отделение: Дневной стационар (хирургическое лечение в рамках ДМС)** |  |

**При поступлении необходимо иметь при себе следующие документы:**

1. Свидетельство о рождении ребенка или паспорт, медицинский полис, СНИЛС и их копии; копию свидетельства об инвалидности при наличии.
2. Вызов на госпитализацию
3. Амбулаторную карту ребенка из поликлиники по месту жительства.
4. Справку об отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства в течение 21 дня до госпитализации (действительна в течение 3-х суток).
5. Справку об отсутствии карантина в детском образовательном учреждении (ДОУ, школа, средне-специальное учебное заведение, ВУЗ и т.д.) – за последний 21 день (действительна в течение 3-х суток).
6. Справку от педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях, об основном и сопутствующих хронических заболеваниях, об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению.
7. Сведения о прививках (прививочных сертификат или амбулаторная карта) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок РФ. При отсутствии прививок – справка из поликлиники по месту жительства о причинах их отсутствия (медицинской отвод по мед.показаниям и пр.). Документы должны быть подписаны и заверены печатью медицинского учреждения по месту жительства. Прививки должны быть выполнены не позднее, чем за 1 месяц до даты госпитализации (в случае введения «живой» вакцины ОПВ – за 60 дней до даты госпитализации).
8. Сведения о БЦЖ, ежегодной постановке туберкулиновых проб или диагностике методом T-Spot. Для пациентов в возрасте от 15 до 17 лет включительно - рентгенобследование на туберкулез. При наличии изменений в результатах или отсутствии туберкулиновых проб, диагностики методом T-Spot – заключение фтизиатра (в том числе о наличии тубконтакта, диспансерном учете, возможности пребывания в медицинском учреждении).
9. ЭКГ. При наличии патологических отклонений в результатах ЭКГ – заключение кардиолога (аритмолога) об отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению – 1 месяц.
10. Биохимический анализ крови – АЛТ, общий билирубин, общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, калий, натрий – срок не более 14 дней.
11. Кровь на маркеры гепатитов HBsAg или HBV (ПЦР), anti-HCV или HCV РНК (ПЦР) (срок годности 3 месяца).
12. Кровь на RW (срок годности 1 мес).
13. Клинический анализ крови + тромбоциты, время свертывания крови, длительность кровотечения – срок не более 14 дней.
14. Коагулограмма (АПТВ / АЧТВ, МНО) – срок до 14 дней.
15. Анализ крови на группу и Rh-фактор – 3 месяца.
16. Клинический анализ мочи – срок до 14 дней.
17. Соскоб на энтеробиоз – 14 дней.
18. Анализ кала на гельминты – 14 дней.
19. Если ребенок состоит на диспансерном учете – допуск к операции от специалистов, наблюдающих ребенка. При наличии хронических заболеваний – заключение с указанием частоты обострений, длительности периода ремиссии и рекомендациями по ведению ребенка в до- и послеоперационном периодах.
20. **Пациенту и сопровождающему его лицу рекомендовано иметь лабораторное исследование (выполненное не ранее 7 календарных дней до поступления на госпитализацию) биологического материала пациента и сопровождающего его лица (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом амплификации нуклеиновых кислот.**

**Родителям необходимо иметь при себе:**

1. Паспорт и его копию.
2. Флюорографию органов грудной клетки (результаты действительны в течение 1 года).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Заместитель главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |