|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: 465-56-90  Факс: 465-28-57  Отдел 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.ru](mailto:hospital@rosturner.ru)  Сайт в интернете http://www.rosturner.ru |
| **ВЫЗОВ**  **на поступление в стационар института** | | |
| № | | от |
| ПАЦИЕНТ(ФИО, дата рождения): |  | |
| **Дата госпитализации:** |  | |
| **Отделение: Дневной стационар (хирургическое лечение)** | **ПЛАТНО** | |

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

1. Вызов на госпитализацию.
2. Амбулаторную карту ребенка из поликлиники по месту жительства.
3. Справку об отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства в течение 21 дня до госпитализации (действительна в течение 3-х суток).
4. 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).
5. Справку от педиатра о перенесенных инфекционных заболеваниях, об основном и сопутствующих хронических заболеваниях, об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению.
6. 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).
7. 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).
8. ЭКГ. При наличии патологических отклонений в результатах ЭКГ – заключение кардиолога (аритмолога) об отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению.
9. Биохимический анализ крови – АЛТ, общий билирубин, общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, калий, натрий – срок не более 14 дней.
10. Кровь на маркеры гепатитов HBsAg или HBV (ПЦР), anti-HCV или HCV РНК (ПЦР) (срок годности 3 месяца).
11. Кровь на RW (срок годности 1 мес).
12. Клинический анализ крови + тромбоциты, время свертывания крови, длительность кровотечения – срок не более 14 дней.
13. Коагулограмма (АПТВ / АЧТВ, МНО) – срок до 14 дней.
14. Анализ крови на группу и Rh-фактор.
15. Клинический анализ мочи – срок до 14 дней.
16. Соскоб на энтеробиоз.
17. Анализ кала на гельминты.
18. 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.
19. Для лиц, не имеющих Российского гражданства, в целях постановки на миграционный учет в период госпитализации необходимо предоставить документы в соответствии с законодательством РФ (наличие миграционных карт на пациента и сопровождающее лицо обязательно)
20. **Пациент и сопровождающее его лицо должны иметь лабораторное исследование (выполненное не ранее 72 ЧАСОВ 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 иметь при себе:**

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

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