

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская краевая клиническая больница»
министерства здравоохранения Краснодарского края
ЛИСТ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
(в отделение хирургического профиля)

350007, г. Краснодар, Площадь Победы 1, телефон (861)290-00-95, факс (861) 268-28-26,
справочная (861) 268-55-82, E-mail: inbox@dkkb-kk.ru

Пациент _____ дата рождения _____
нуждается в госпитализации в _____ отделение ГБУЗ ДККБ.

Дата Вашей госпитализации _____

Цель госпитализации: обследование, лечение, операция (нужное подчеркнуть)

При госпитализации обязательно необходимо иметь на руках:

- **Направление на госпитализацию с порядковым номером и кодом учреждения** указанием жалоб, данных анамнеза, анализов и проведенном обследовании и лечении с результатами эффективности (*оформляет и подписывает участковый педиатр или лечащий врач по профилю заболевания, подписывает главный врач поликлиники или зав. поликлиническим отделением*), заверенное печатью ЛПУ.

В направлении на плановую госпитализацию следует указывать: сведения об имеющихся у госпитализируемого ребенка прививках против ветряной оспы, о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой, о контакте с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

- **Полис обязательного медицинского страхования ребенка, свидетельство о рождении ребенка, справка об инвалидности (при наличии), паспорт законного представителя ребенка (родителя или опекуна)** (*подлинники и ксерокопии*).

- **Сведения о профилактических прививках и реакции Манту за все годы** (*ф 063-У*) заверенная печатью ЛПУ. Если ребенок получил живую полиомиелитную вакцину и не прошло 60 дней, то эта информация выделяется маркером.

- **Справка об эпидемиологическом окружении** (об отсутствии контактов с инфекционным больным в течение 21 дня до госпитализации по месту жительства и в организованном коллективе - *ДДУ, школа, давностью не более 5 дней*), заверенная печатью ЛПУ.

- **Результаты анализа кала на кишечную группу инфекций у детей до 2-х лет жизни** (*давностью не более 14 дней до госпитализации*).

- **Результат анализа МОР** (*давностью не более 1 месяца*).

- **Результаты анализа кала на яйца глистов и соскоба на энтеробиоз** (*1кратно, давностью не более 7 дней*).

- **Данные флюорографии или рентгенографии органов грудной клетки для детей старше 15 лет** (*давностью не более 1 года*).

- **Результаты анализа на маркеры гепатитов В, С** (*давностью не более 1 месяца при проведении оперативного вмешательства*).

- **Результаты общего анализа крови, времени свертываемости крови** (*давностью не более 10-14 дней*).

- **Общий анализа мочи** (*давностью не более 10-14 дней*).

- **Электрокардиограмма** (*по показаниям*).

- **Биохимический анализ крови** (*по показаниям при наличии сопутствующих хронических заболеваний*).

Для ухаживающего лица: - **Ксерокопию паспорта, ксерокопию листа временной утраты трудоспособности или справку с места работы для работающих матерей, осуществляющих уход за детьми до 3 лет.**

- **Результат анализа крови МОР.**

- **Результат кала на кишечную группу инфекций для сопровождающих детей до 2-х лет** (*давностью не более 14 дней до госпитализации*).

- **Флюорография или рентгенография органов грудной клетки** (*давностью не более 1 года*).

При госпитализации с ребенком необходимо иметь сменную обувь, одежду, предметы личной гигиены, жидкое мыло с дозатором, 1-2 игрушки, подвергающиеся обработке (пластик, резина). В

случае не выполнения, указанных в данном листе госпитализации, требований или при наличии острого инфекционного заболевания, вам может быть отказано в плановой госпитализации.

Адрес больницы: Краснодар, Площадь Победы, 1. Проезд маршрута такси №3, 5, 26, 44, трамваем №2, №4 до остановки «Горпарк», троллейбусом № 9, 10 до остановки «ул. Постовая».

Контактный телефон отделения челюстно-лицевой хирургии: (861)262-42-16.

Ф.И.О. врача, выдавшего лист госпитализации _____ подпись _____ Дата _____