****

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ**

Дата операции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время прибытия в клинику:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждение своего согласия до:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Планируемая операция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Вид анестезии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Полеткин М.В./

**Тел/WhatsApp.: 8 910 935 22 27**

**Звонить в рабочие дни с 19 до 21 часа.**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Памятка пациенту перед операцией.**

* Заранее проверьте наличие анализов, врачебных заключений, осмотра специалистов, по выданному Вам на приеме списку.

При отсутствии результатов обследований или превышении сроков действия обследований, Вам будет **обоснованно отказано в проведении плановой операции!**

* Накануне операции прекратить прием пищи после 19.00.
* Накануне операции прекратить прием жидкостей после 23.00. До этого времени прием жидкостей не ограничен.
* Накануне операции принять гигиенический душ. Тщательно вымыть волосы на голове.
* В день операции не наносить косметику и кремы.
* В день операции с утра не есть, не пить.
* Курсовые лекарства взять с собой.
* **Для госпитализации необходимо:**
1. Паспорт.
2. Страховой полис.
3. Амбулаторная карта.
4. Анализы.
5. Личные вещи (халат, тапочки, средства гигиены, деньги на расчет и т.п.)
6. П/о бандаж (для операций на животе)
7. Компрессионное белье.
8. Эластичные бинты/чулки.
9. Темные очки (для операций на веках)

Калькуляция:

Операция:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наркоз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Койко-день:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Снятие швов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Список анализов и памятка к операции на ЛОР-органах** |
| Наименование обследований | Срок действия анализов |
| Клинический анализ крови+ СОЭ+ тромбоциты | 14 дней |
| Глюкоза | 14 дней |
| Гликированный гемоглобин | 14 дней |
| Мочевина | 14 дней. |
| Креатинин | 14 дней. |
| Билирубин общий | 14 дней |
| АСТ | 14 дней. |
| АЛТ | 14 дней |
| Общий белок | 14 дней. |
| Калий, натрий, кальций | 14 дней |
| Т3, Т4, ТТГ, Соматропин, Пролактин, Инсулин | **14 дней** |
| ПТИ+МНО | 14 дней |
| Фибриноген | 14 дней. |
| АЧТВ | 14 дней |
| Общий анализ мочи | 14 к.д. |
| HBS-Ag (гепатита В)\* | до 3 мес. |
| HCV (гепатит С)\* | до 3 мес. |
| RW (сифилис)\* | до 3 мес. |
| ВИЧ\* | до 3 мес. |
| Определение группы крови и резус-принадлежности | бессрочно |
| Антитела IgM/IgG к вирусу SARS-CoV-2 | До 5 дней |
| Флюорография (или рентген грудной клетки) | до 1 года |
| Заключение терапевта. Выполняется на основании анализов и осмотра больного, оценки соматического статуса, выявления сопутствующих хронических заболеваний. Заключение терапевта в виде «противопоказаний к операции нет» - не принимается.Заключение терапевта действует до окончания срока действия анализов. |
| ЭКГ с расшифровкой                                     до 1 мес. |

\* **При положительном анализе крови на ВИЧ, HBS-Ag, HCV, RW – консультация инфекциониста.**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНО:**

 **УЗДС БЦА** – при наличии в анамнезе хронической ишемии головного мозга, транзиторных ишемических атак, острого нарушения мозгового кровообращения, облитирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, перенесённых операций по поводу облитирующих заболеваний сосудов нижних конечностей, возраст старше 60 лет при проведении оперативного вмешательства под эндотрахеальным наркозом.

**Эхокардиография** (с фракцией выброса!) – для пациентов старше 50 лет, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (действительно в течение 1 месяца), при необходимости – велоэргометрия.

**УЗДГ** (ультразвуковая допплерография сосудов нижних конечностей) з- для пациентов с ТЭЛА, варикозной болезнью нижних конечностей, хронической венозной недостаточностью, тромбофлебитом.

**Заключение эндокринолога**, если пациент страдает сахарным диабетом (действительно в течение 6 месяцев.

**Функция внешнего дыхания** – при наличии в анамнезе бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких.

**Заключение гинеколога** (женщинам в возрасте старше 40 лет, действительно в течение 6 месяцев.

**Заключение маммолога**/женщинам после 40 лет маммография (для женщин при опенрациях по поводу онкологии, действительны в течение 6 месяцев).