



С заключением, осмотром нейрохирурга обратиться к неврологу в поликлинику по месту жительства для оформления талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи или направления на госпитализацию по полису ОМС

## ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И АНАЛИЗОВ

### НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ» ТЮМЕНЬ

#### ПРОВОДЯТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

**ЭКГ** (срок годности — 14 дней);

**общий анализ крови** (*эритроциты, тромбоциты, гемоглобин, лейкоциты, СОЭ*) (срок годности 14 дней);

**биохимический анализ крови** (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза, АПТВ (АЧТВ), протромбиновый индекс, фибриноген) , при сахарном диабете - гликированный гемоглобин (срок годности 14 дней);

**анализ на ВИЧ** (срок годности 6 месяцев);

**гепатит В и С** (срок годности — месяц);

**кровь на RW** (срок годности — месяц);

**определение группы крови и резус-фактора;**

**общий анализ мочи** (срок годности 14 дней);

**осмотр узких специалистов (по показаниям):** эндокринолог, кардиолог, ревматолог, пульмонолог и др. (срок годности – месяц);

**осмотр гинеколога** (для женщин);

**осмотр уролога** (для мужчин старше 45 лет);

*по показаниям: УЗИ органов брюшной полости, малого таза для женщин, предстательной железы для мужчин. УЗИ щитовидной железы;*

*УЗИ вен нижних конечностей (для пациентов с подозрением на тромбообразование, флебиты, варикозная болезнь сосудов нижних конечностей)*

**рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях** (для взрослых) (давность не более 12 мес.);

**КТ, МРТ, рентгенологические исследования** (при наличии, весь архив).

**заключение терапевта (у детей заключение педиатра и выписка из амбулаторной карты).**

*Дополнительно для детей: мазок из зева и носа (на дифтерию, на микрофлору), кал на патогенную флору детям до 3-х лет (на яйца гельминтов, бакпосев на кишечную флору*

*(сальмонеллез, дизентерия)), справка об отсутствии контактов с инфекционными больными за последние 21 день.*

\* Лицам (мама, папа и т.д.) пребывающим для ухода за пациентом необходимо иметь результаты анализов: **анализ крови на ВИЧ, гепатиты В, С, анализ крови на RW, флюорография органов грудной клетки, заключение врача терапевта.**

**При отсутствии какого-либо анализа в госпитализации может быть отказано.**

\* С целью избегания негативного воздействия препаратов на результат операции (наркоза) необходимо отменить все препараты в инструкции по применению, которых указана такая необходимость.

I. За 5 дней до плановой операции необходимо отменить: аспирин, кардиомагнил, тромбопол, тромбоасс, плавикс, зинт, кордиаск и т. п.

II. За 42 дня до плановой операции необходимо отменить гормональные контрацептивы содержащие эстроген, гестаген и антиандроген.

III. Таблетированные сахароснижающие препараты, применяемые для лечения сахарного диабета II типа (необходим перевод на инсулины короткого действия).

**Менструация, острые инфекционные заболевания (ОРЗ и т.п.), обострение хронического заболевания, высыпания на коже – это противопоказания для планового оперативного лечения.**



## СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ИБС, ХСН и т.д.)

- ЗАКЛЮЧЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА ОБ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (**НЕ БОЛЕЕ 14 СУТОК**)
- САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА, УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА. КОРРЕКТИРОВКА ДОЗЫ ИНСУЛИНА, ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ.
- ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ – УЗИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОСМОТР СОСУДИСТОГО ХИРУРГА.
- ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – СПИРОГРАФИЯ И КОНСУЛЬТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГА (ТЕРАПЕВТА).
- ЭПИЛЕПСИЯ – ЭЭГ И КОНСУЛЬТАЦИЯ ЭПИЛЕПТОЛОГА.
- СТЕНТИРОВАНИЕ КА – ЗАКЛЮЧЕНИЕ КАРДИОЛОГА И ПЕРЕВОД НА НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ.

## ДОКУМЕНТЫ

ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ **ОРИГИНАЛ И 2 КОПИИ** СЛЕДУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ

- ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
- ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
- СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (СНИЛС)
- НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ (**ЕСЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПО ОМС**).

## ДЕТИ

- СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ РЕБЁНКА
- ПАСПОРТ РОДИТЕЛЯ или ДРУГОГО ЛИЦА, ГОСПИТАЛИЗИРУЮЩЕГОСЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ
- ЕСЛИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ГОСПИТАЛИЗИРУЕТСЯ НЕ РОДИТЕЛЬ (БАБУШКА, ДЕДУШКА И Т.Д.) – **НОТАРИАЛЬНО(!!!) ЗАВЕРЕННАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРАВО ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, СОГЛАСИЯ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.**
- ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ или АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА РЕБЁНКА.

ПО ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ  
И ВОПРОСАМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЗВОНИТЬ

**8 (3452) 293-712, 293-726**

**АДРЕС: г. Тюмень, ул. 4 км Червишевского тракта, д. 5**



[www.fcn-tmn.ru](http://www.fcn-tmn.ru)

