

**Перечень документов (справок и анализов),  
предоставляемых при плановой госпитализации.**

**ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОД ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ НАРКОЗОМ**

| <b>Перечень анализов, справок и документов для плановой госпитализации</b> |  |               |                 |
|--|--|---------------|-----------------|
| № п/п  | Название   | Срок годности | Примечание      |
| 1  | Клинический анализ крови + тромбоциты, протромбиновое время, фибриноген, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), ДК (длительность кровотечения)   | до 10 дней    | Всем пациентам  |
| 2  | Биохимический анализ крови: АЛТ, Общий белок, Билирубин (общий), Глюкоза, Мочевина, Креатинин, Кальций, Натрий, Калий, Хлор, Протромбин  | до 10 дней    | Всем пациентам  |
| 3  | Кровь на маркер гепатита В (HbS-Ag)  | 1 месяц       | Всем пациентам  |
| 4  | Кровь на маркер гепатита С (HCV)   | 1 месяц       | Всем пациентам  |
| 5  | Кровь на маркер ВИЧ  | 1 месяц       | Всем пациентам  |
| 6  | Кровь на сифилис (Treponema Pallidum)  | 1 месяц       | Всем пациентам  |
| 7  | Общий анализ мочи  | до 10 дней    | Всем пациентам  |
| 8  | Кал на яйца гельминтов   | до 13 дней    | Всем пациентам  |
| 9  | Соскоб на энтеробиоз   | до 13 дней    | Всем пациентам  |
| 10   | Анализ кала на кишечную группу (диз.группа)  | до 13 дней    | Детям до 2 лет  |
| 11   | Сведения о пробах Манту/Диаскин-тест/T-SPOT или, при наличии противопоказаний к туберкулинодиагностике (отказа от туберкулинодиагностики)-справка из противотуберкулезного диспансера  | 1 год         | Всем пациентам  |
| 12   | Флюорографическое обследование   | 1 год         | детям с 15 лет  |
| 13   | Справка о состоянии здоровья от участкового педиатра с указанием перенесённых заболеваний и отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра   | 7 дней        | Всем пациентам  |
| 14   | Справка (разрешение на операцию) от врача-специалиста, если ребёнок на диспансерном учёте, с указанием отсутствия противопоказаний к операции на момент осмотра  | 14 дней       | Всем пациентам  |
| 15   | ЭКГ с описанием. Справка от кардиолога при наличии патологии на ЭКГ.   | 30 дней       | Всем пациентам  |
| 16   | Отсутствие инфекционных заболеваний за 30 дней до госпитализации   | 30 дней       | Всем пациентам  |
| 17   | Свидетельство о рождении ребенка до 14 лет (+копия) или паспорт ребенка старше 14 лет (+копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)  |               | Всем пациентам  |
| 18   | СНИЛС ребенка (+копия)   |               | Всем пациентам  |
| 19   | Полис ОМС ребёнка с указанием прикрепления в Санкт-Петербурге (+копия обеих сторон)  |               | Всем пациентам. |
| 20   | Паспорт родителя/законного представителя с которым прописан ребенок (+копия первой страницы и страницы с указанием регистрации)  |               | Всем пациентам  |
| 21   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Копия прививочного сертификата /карта профилактических прививок 063/у П в случае отсутствия профилактических прививок справка от врача-педиатра о наличии противопоказаний, мед. отводов, отказов</li> <li>• Отсутствие профилактических прививок (30 дней до госпитализации)</li> <li>• Отсутствие вакцинации ОПВ (оральной полиомиелитной вакцины) в течение 60 дней до госпитализации</li> </ul> |               | Всем пациентам  |
| 22   | Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства в течение 21 дня до госпитализации (из детской поликлиники)  | 1 сутки       | Всем пациентам  |
| 23   | Сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в посещаемом учреждении на день последнего посещения в течение 21 дня до госпитализации  | 1 сутки       | Всем пациентам  |
| 24   | Направление из стоматологической поликлиники от лечащего врача (форма 057/у-04), с указанием диагноза и обоснование лечения под общим обезболиванием (страх перед стоматологическим вмешательством, негативное отношение к стоматологическому вмешательству)   | 14 дней       |                 |
| 25   | Выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента с указанием зубной формулы. Данные ранее выполненных рентгенологических обследований челюстно-лицевой области (ортопантограмма для детей старше 7 лет)   | 1 месяц       |                 |

|  |   |                        |   |
|--|---|------------------------|---|
| 26                                       | Справка от врача-невролога, психиатра- при наличии у ребенка психических заболеваний и расстройств поведения или заболевания центральной нервной системы с результатами проведенной электроэнцефалографии и допуск к лечению под общим обезболиванием | 3 месяца               | При приеме лекарств-название препаратов, режим дозирования и показания (диагноз, шифр-МКБ-10) |
| <b>Для лица, сопровождающего ребёнка</b> |   |                        |   |
| 1  | Анализ кала на кишечную группу (диз.группу)   | 13 дней                | Сопровождающим детей до 2 лет   |
| 2  | Сведения о двукратной вакцинации от кори или результат Ig к кори (положительные/отрицательные титры)  | Результаты IgG □ 1 год | Всеm  |
| 3  | ФЛГ, при наличии противопоказаний - справка из противотуберкулезного диспансера   | 1 год                  | Всеm  |
| 4  | Паспорт (+копия)  |                        | Всеm  |
|  |   |                        |   |

**Телефон контактного центра для записи на операцию на отделении плановой хирургии: +7 (812) 670-45-45**

**Телефон отделения: 670-25-31**  
**Приёмное отделение: 670-45-30**  
**Телефон отделения платных услуг: 670-45-44**  
**ДМС отдел: 8-911-925-56-75**  
**Наш адрес: ВО 2-я линия д.47**