

Уважаемый \_\_\_\_\_, вы записаны на госпитализацию в Центр зрения \_\_\_\_\_ г. для оперативного лечения век (устранение блефарохлазиса).

На госпитализацию Вам необходимо подойти в платную регистратуру на 1 этаж 8-ми этажного корпуса с результатами анализов.

**ОФТАЛЬМОЛОГУ (ТЕРАПЕВТУ, ВОП) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства**

Для поступления в областную офтальмологическую больницу для лечения необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. ЭКГ с расшифровкой + пленка (1 месяц) \_\_\_\_\_

2. Флюорография или рентгенография органов грудной клетки (1 год) \_\_\_\_\_

3. Консультация терапевта с указанием полного клинического диагноза: \_\_\_\_\_

3.1 рекомендованная лекарственная терапия (препарат, дозировка, количество приемов в сутки) \_\_\_\_\_

3.2 заключение об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению под местной анестезией \_\_\_\_\_

4. Дерматолог \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗЫ**

1. Общий анализ крови, ретикулоциты, сахар крови, тромбоциты, время свертывания (14 дней) \_\_\_\_\_

2. Показатели свертывающей системы крови (тромбоциты, фибриноген) (14 дней) \_\_\_\_\_

3. Биохимический анализ крови (креатинин, альбумин, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, холестерин) (14 дней) \_\_\_\_\_

4. Анализ крови на РМП (для взрослых и детей с 15 лет) \_\_\_\_\_

5. Данные обследования на вирус гепатита В (3 месяца), анти ВГС методом ИФА \_\_\_\_\_

6. Обследование на ВИЧ-инфекцию \_\_\_\_\_

Диагноз госпитализации: \_\_\_\_\_

Врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_

**телефон администратора платной регистратуры 68-31-06**

**Проносить в отделения багажные сумки, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено.**

**Ногти должны быть коротко подстрижены и не покрыты лаком, не допускается наличие накладных ногтей.**

**Для госпитализации при себе иметь сменную обувь.**