

Ваш ребенок, \_\_\_\_\_, записан на госпитализацию в круглосуточный стационар

ГАУЗ АО "АКОБ" для курса консервативного / аппаратного лечения.

Госпитализация с 09:00 до 11:30 \_\_\_\_\_ г.

С результатами обследования Вам необходимо подойти к администратору приемного отделения.

**В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.**

#### ОФТАЛЬМОЛОГУ (ПЕДИАТРУ) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для поступления в ГАУЗ АО "АКОБ" необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. Консультация педиатра с указанием полного клинического диагноза и рекомендованной лекарственной терапии (препарат, дозировка, количество приемов в сутки)

2. Консультация врачей специалистов при наличии сопутствующей патологии: (в том числе заключение: эндокринолога - при наличии сахарного диабета, кардиолога - при наличии в анамнезе врожденных пороков сердца, невролога - при тяжелых неврологических нарушениях и др.)

3. Справка об отсутствии карантина (3 дня)

4. Сведения о профилактических прививках (АДС, корь, полиомиелит) с указанием даты вакцинации, номера и серии вакцины (или титр антител)

5. Направление на госпитализацию, форма 057/у (14 дней)

#### АНАЛИЗЫ

1. Общий анализ крови, СОЭ (14 дней)

2. Общий анализ мочи (14 дней)

3. Показатели свертывающей системы крови: тромбоциты, фибриноген, АЧТВ, МНО (14 дней)

4. Сахар крови и гликированный гемоглобин (по показаниям, для пациентов с сахарным диабетом) (14 дней)

5. Кал на яйца глист (14 дней)

6. Соскоб на энтеробиоз (10 дней)

7. Анализ на COVID-19 (мазок методом ПЦР или кровь на иммуноглобулины М и G) (7 дней)

**СОПРОВОЖДАЮЩЕМУ** (в случае совместного пребывания в стационаре с ребенком):

1. Флюорография (1 год)

2. Кал на яйца глист (14 дней)

3. Сведения о профилактических прививках (против дифтерии, кори) с указанием даты вакцинации, номера и серии вакцины (или титр антител)

4. Анализ на COVID-19 (мазок методом ПЦР или кровь на иммуноглобулины М и G) (7 дней)

Врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_

**Уведомление для родителей (законных представителей) о предоставлении спального места и питания**  
«Настоящим уведомляем Вас о том, что в период нахождения вашего ребенка (подопечного) на лечении в ГАУЗ АО «АКОБ» одному из родителей (или иному члену семьи или законному представителю) предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний» в соответствии с требованиями ч.3 ст.51 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

телефон АДМИНИСТРАТОРА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: 68-38-03 (звонить с 10:30 до 17:30)

Детская регистратура 68-31-09, звонить с 12:00 до 17:00.

Для госпитализации в стационар необходимо **иметь документы** (паспорт/свидетельство о рождении детям до 14 лет; полис ОМС, соответствующий данным паспорта и социальному статусу пациента; страховое свидетельство государственного пенсионного страхования - СНИЛС; справку МСЭ о наличии инвалидности; документ, подтверждающий полномочия законного представителя - паспорт для родителей, удостоверение опекуна, доверенность), результаты анализов, халат (пижаму), предметы личной гигиены, чашку, ложку и номер телефона родственников.

Для родителей, посещающих детей в отделении, необходима сменная обувь (не бахилы).

Проносить в отделения [сумки/чемоданы/рюкзаки/портфели] любого размера, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено.

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

Оригиналы обследования при выписке из стационара не возвращаются. При необходимости иметь с собой копии анализов.

**В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.**

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Архангельск

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ г.р.

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_

ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (ФИО),

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

в лечебные учреждения г. \_\_\_\_\_, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата