

Федеральное государственное бюджетное учреждение
**«Федеральный научно-клинический центр
Детей и подростков**

Федерального медико-биологического агентства»

ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»

Москва, ул. Москворечье, 20

Тел.: 8 499 324 41 65 Приемное отделение

8 499 324 34 64 Горячая линия

8 926 113 85 51 Отдел Госпитализации

ПРАВИЛА

Плановой госпитализации в отделения педиатрического профиля

При госпитализации необходимо иметь следующие документы

Документы для ребенка

| | | |
|----|---|--------------------|
| 1 | Госпитализация по ОМС: направление из поликлиники по месту жительства (<i>форма 057/у-04</i>), подписанное лечащим и главным врачом с основной круглой печатью учреждения и штампом лечащего врача | Срок – 14 дней |
| 2 | Госпитализация по ВМП: талон-направление на оказание помощи по ВМП или отрывной талон листа ожидания | |
| 3 | Копия и оригинал паспорта одного из родителей и/или ребенка (1 страница и регистрация) | |
| 4 | Копия и оригинал страхового полиса ребенка (с 2-х сторон) | |
| 5 | Копия и оригинал свидетельства о рождении | |
| 6 | Копия и оригинал СНИЛС ребенка | |
| 7 | <u>Общий анализ крови</u> с лейкоцитарной формулой, СОЭ | Срок – 10 дней |
| 8 | <u>Общий анализ мочи</u> | Срок – 10 дней |
| 9 | <u>Анализ крови на ВИЧ</u> | Срок – 3 месяца |
| 10 | <u>Анализ крови на HbsAg, HCV</u> | Срок – 3 месяца |
| 11 | <u>Анализ крови на RW</u> | Срок – 3 месяца |
| 12 | <u>Анализ кала на кишечную группу для детей до 2-х лет</u> | |
| 13 | Анализ <u>кала на яйца глистов и простейших, соскоб на энтеробиоз</u> | Срок – 14 дней |
| 14 | <u>Выписка</u> из истории развития ребенка и выписки предыдущих госпитализаций | |
| 15 | Справки об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями за последние 3 недели по месту жительства только из поликлиники по месту жительства, из детского сада и школы. Если ребенок не посещает детское учреждение, это необходимо указать в справке. В справке должна быть указана информация об отсутствии контактов с больными COVID-19 и/или вероятными больными в срок не менее 14 дней до даты отъезда по месту жительства | Срок – 3 суток |
| 16 | <u>Справка</u> о перенесенных инфекционных заболеваниях | |

| | | |
|----|---|--|
| 17 | <u>Сведения о профилактических прививках.</u> Копия карты профилактических прививок (форма 063/у или 156/у-93) или справка от педиатра с информацией о проведенных прививках | |
| | | |

Прививка против кори

| | | |
|---|---|---|
| <u>Обязательная вакцинация против кори</u> по возрасту (с года до 6 лет –однократно, старше 6 лет двукратно). В сведениях о прививке должны быть указаны название, серии, дозы и даты проведения вакцины | <u>При отсутствии прививки</u> необходимо подтвердить факт перенесенного заболевания корью (с предоставлением справки, заверенной подписью врача и печатью лечащего врача) | При отсутствии <u>подтвержденного факта</u> заболевания необходимы результаты анализа на наличие антител или мед.отвод. При отсутствии противопоказаний необходимо вакцинироваться за месяц до госпитализации. |
|---|---|---|

При госпитализации необходимо предоставить результаты профилактического обследования на туберкулез

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Детям привитым от туберкулеза (БЦЖ) - от года до 7 лет результаты реакции Манту; старше 7 лет – ДИАСКИН-тест или реакция манту, с предоставлением результатов за последние 3 года | Тубдиагностика проводится раз в год |
| 2 | Детям не привитым от туберкулеза (БЦЖ) – от 6 мес. До 7 лет результаты реакции Манту; старше 7 лет – ДИАСКИН-тест или реакция манту, с предоставлением результатов за последние 3 года | Тубдиагностика проводится раз в 6 месяцев |
| 3 | Детям 15 лет и старше - флюорография (не исключает предыдущих пунктов) | Срок – 1 год |
| 4 | При отсутствии обследования (отказ, мед.отвод) необходимо предоставить заключение фтизиатра о возможности пребывания в детском коллективе | Срок – 1 месяц |
| 5 | При наличии виража туберкулиновых проб, гиперпробы, изменений по результатам флюорографии или туберкулеза в анамнезе – заключение фтизиатра с указанием, что пациент может быть госпитализирован в стационар | Срок – 1 месяц |

Внимание

| | |
|---|--|
| 1 | Госпитализация проводится только при наличии полного перечня документов с соблюдением срока их действия |
| 2 | С учетом эпидемиологической ситуации по новой коронавирусной инфекции возможен отказ в госпитализации и при необходимости перевод в специализированный стационар при: 1. Установление контакта с больным COVID-19 2. Наличие у пациента симптомов, не исключających коронавирусную инфекцию COVID-19 |
| 3 | Все справки , результаты анализов, копии анализов и документов должны быть заверены штампом медицинской организации, печатью и подписью врача, выдавшего документ |
| 4 | Отсутствие одного из документов является основанием для отказа в госпитализации |
| 5 | За месяц до плановой госпитализации ребенку не проводить вакцинацию; за 60 дней при вакцинации от полиомиелита оральной вакциной |
| 6 | Наличие противопоказаний к вакцинации, мед.отвода, отказа от вакцинации должно быть указано в справке от педиатра и з поликлиники по месту жительства |
| 7 | Если пациент постоянно принимает лекарственные средства, не связанные с лечением основного заболевания, послужившего причиной госпитализации, необходимо иметь при себе запас таких препаратов из расчета периода нахождения в стационаре. |
| 8 | Госпитализация плановых больных проводится понедельник – воскресенье с 8:30 до |

| | |
|----|---|
| | 15:00 часов. |
| 9 | При госпитализации иметь при себе сменную обувь, туалетные принадлежности, пижаму или спортивный костюм (халат). |
| 10 | В случае болезни ребенка и невозможности госпитализации в срок просьба заранее сообщать в приемное отделение с 0900 до 1400 часов по телефону 8 499 324 41 65 |

Правила госпитализации для родителей по уходу за ребенком

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Паспорт (с ксерокопией первой страницы и регистрации) | |
| 2 | Копию полиса обязательного медицинского страхования | |
| 3 | Отрицательный результат исследования кала на кишечную группу для родителей с детьми в возрасте до 2-х лет | Срок – 14 дней |
| 4 | Данные флюорографии (действительны 1 год) | |
| 5 | Справка об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями по месту жительства за последние 21 день | Срок – 3 суток |
| 6 | Вакцинация против кори | |
| | Обязательна двукратная вакцинация против кори, при отсутствии подтверждения факта перенесённого заболевания корью (с предоставлением справки, заверенной подписью и печатью врача). | При получении отрицательного или сомнительного результата необходимо вакцинироваться против кори за месяц до госпитализации |
| 7 | Иным лицам, госпитализированным по уходу за ребенком, при себе иметь нотариально заверенную доверенность от родителей на сопровождение ребенка и на принятие решений по обследованию и лечению, а также иметь все вышеуказанные документы и анализы | |

Доводим до вашего сведения

| | |
|---|--|
| 1 | Стационар не оплачивает дорожные расходы и не имеет гостиницы для сопровождающих лиц |
| 2 | Плановая госпитализация ребенка осуществляется в 2-х, 3-х и 4-х местные палаты |
| 3 | Родителю ребенка до 4-х лет предоставляется на безвозмездной основе передвижное спальное место и питание в профильном отделении. Госпитализация одного из родителей с ребенком старше 4-х лет осуществляется только по медицинским показаниям и решается заведующим отделением в каждом конкретном случае |
| 4 | Родители имеют право на улучшение условий госпитализации за счет личных средств (согласно прейскуранту). К улучшенным условиям госпитализации относится предоставление отдельной стационарной койки для одного из родителей при наличии свободных мест, госпитализация в одноместные палаты и палаты повышенной комфортности. |
| 5 | Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком выдается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.09.2020 № 925н "Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа" |

Получить дополнительную информацию и задать вопросы можно на сайте: <https://kidsfmba.ru>