

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр детей и подростков
Федерального медико-биологического агентства»

Москва, ул. Москворечье, 20

Тел. 8 499 324 46 64 Приемное отделение
8 499 324 34 64 Горячая линия
8 499 324 33 66 Отдел Госпитализации

**ПРАВИЛА
ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА В ОТДЕЛЕНИЯ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

| | | |
|------|---|----------------|
| 1. | Госпитализация по ОМС: направление из поликлиники по месту жительства (<i>форма 057/у-04</i>), подписанное лечащим врачом и заведующим отделением с круглой печатью учреждения и печатью лечащего врача или направление на госпитализацию, выданное врачом ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России». | Срок – 14 дней |
| 2. | При госпитализации по ВМП: талон-направление на оказание медицинской помощи по ВМП или отрывной талон листа ожидания. | |
| 3. | Оригинал и копия паспорта одного из родителей и ребенка 14 и старше лет (1 страница и регистрация). | |
| 4. | Оригинал и копия страхового полиса ребенка (с 2-х сторон). | |
| 5. | Оригинал и копия свидетельства о рождении. | |
| 6. | Оригинал и копия СНИЛС ребенка. | |
| 6.1 | Справка об инвалидности и ИПРА ребенка- инвалида (при наличии) | |
| 7. | <u>Общий анализ крови</u> с лейкоцитарной формулой, СОЭ. | Срок –10 дней |
| 8. | <u>Общий анализ мочи.</u> | Срок –10 дней |
| 9. | <u>Коагулограмма</u> - фибриноген, протромбин, тромбиновое время, АЧТВ. | Срок –10 дней |
| 10.. | <u>Анализ крови на ВИЧ.</u> | Срок –3 месяца |
| 11. | <u>Анализ крови на гепатиты (HbsAg, anti-HCV).</u> | Срок –3 месяца |
| 12. | <u>Анализ крови на сифилис (RW).</u> | Срок –3 месяца |
| 13. | <u>Группа крови, резус-фактор, Kell.</u> | |
| 14. | <u>Биохимия крови:</u> ● общий белок, ● общий билирубин; ● мочевины; ● креатинин; ● АЛТ; ● АСТ; ● глюкоза; ● калий; ● натрий | Срок – 1 месяц |
| 15. | <u>Анализ кала на кишечную группу для детей до 2-х лет</u> <u>Анализ кала на яйца глистов и простейших, соскоб на энтеробиоз всем детям</u> | Срок – 14 дней |
| 16. | <u>Рентгенограмма</u> грудной клетки детям до двух лет с описанием – предоставление снимка ОБЯЗАТЕЛЬНО. | Срок – 1 год |

| | | |
|-----|--|----------------|
| 17. | <u>ЭКГ с расшифровкой</u> , при наличии отклонений - консультация кардиолога . | Срок –1 месяц |
| 18. | Заключение специалиста диспансерного наблюдения (кардиолога, невролога, ЛОР и др.) о возможности оперативного лечения под общей анестезией (если ребенок состоит на учёте). | Срок –1 месяц |
| 19. | Заключение педиатра об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и выполнению наркоза (действительна 3 дня). | Срок – 3 суток |
| 20. | <u>Выписка</u> из истории развития ребенка и выписки предыдущих госпитализаций. | |
| 21. | <u>Справки об отсутствии контактов</u> с инфекционными заболеваниями за последние 3 недели по месту жительства только из поликлиники по месту жительства, а также из детского сада или 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 госпитализации. | Срок – 3 суток |
| 22. | <u>Справка</u> о перенесенных инфекционных заболеваниях. | |
| 23. | <u>Сведения о профилактических прививках</u> . Копия карты профилактических прививок (форма 063/у) или справка от педиатра с информацией о проведенных прививках. | |

24. Вакцинация против кори

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

25. При госпитализации необходимо предоставить результаты профилактического обследования на туберкулез

| | | |
|----|---|---|
| 1. | <u>Детям, привитым от туберкулеза</u> (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 1 раз в год |
| 2. | <u>Детям не привитым от туберкулеза</u> (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 или рентген органов грудной клетки (не исключает выполнение предыдущих пунктов 1 и 2) с описанием. | Срок – 1 год |
| 4. | При отсутствии обследования (отказ, медотвод) необходимо предоставить заключение фтизиатра из противотуберкулезного диспансера о возможности пребывания в детском коллективе. | Срок – 1 месяц |
| 5. | При наличии виража туберкулиновых проб, гиперпробы, изменений по результатам флюорографии или туберкулеза в | Срок – 1 месяц |

| | | |
|--|--|--|
| | анамнезе – заключение фтизиатра с указанием о возможности пребывания в детском коллективе. | |
|--|--|--|

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: 3. Установление контакта с больным COVID-19; 4. Наличие у пациента симптомов, не исключающих коронавирусную инфекцию COVID-19. |
| 3. | Все справки, результаты анализов, копии анализов и документов должны быть заверены штампом медицинской организации, печатью учреждения и подписью врача, выдавшего документ. |
| 4. | Отсутствие одного из документов является основанием для отказа в госпитализации. |
| 5. | Госпитализация проводится через месяц после плановой вакцинации и через 60 дней при вакцинации от полиомиелита живой оральной вакциной. |
| 6. | Наличие противопоказаний к вакцинации, медотвода, отказа от вакцинации должно быть указано в справке от педиатра из поликлиники по месту жительства. |
| 7. | Если пациент постоянно принимает лекарственные средства, не связанные с лечением основного заболевания, послужившего причиной госпитализации, необходимо иметь при себе назначение врача и запас таких препаратов из расчета периода нахождения в стационаре. |
| 8. | Плановая госпитализация проводится с понедельник по воскресенье с 8:30 до 15:00 часов. |
| 9. | При госпитализации иметь при себе сменную обувь, туалетные принадлежности, пижаму (халат) или спортивный костюм. |
| 10. | В случае болезни ребенка и невозможности госпитализации в срок просьба заранее сообщать в приемное отделение с 09:00 до 14:00 часов по телефону 8 499 324 46 64 или в отдел госпитализации по телефону 8 499 324 33 66 |

ПРАВИЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" информированное добровольное согласие на обследование, госпитализацию и лечение пациентов, не достигших возраста 15-ти лет могут давать ТОЛЬКО законные представители пациента – родители, усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства.

Сопровождающему лицу, не являющемуся законным представителем несовершеннолетнего пациента, необходимо иметь документ о назначении опекуном или

попечителем в отношении несовершеннолетнего гражданина по заявлению его родителей (ст.13 ФЗ РФ от 24.04.2008 №48-ФЗ) для дачи согласий на оказание несовершеннолетнему необходимой медицинской помощи в рамках его заболевания, а также на период медицинской реабилитации.

| | | |
|----|---|----------------|
| 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 | Срок – 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 отсутствии данных о вакцинациях или факта перенесённого заболевания предоставить результаты исследования титра антител (IgG) к вирусу кори, полученные за 1 месяц до госпитализации | При получении отрицательного или сомнительного результата необходимо вакцинироваться против кори за месяц до госпитализации |
|---|--|--|

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 (законному представителю) ребенка до 4-х лет предоставляется на безвозмездной основе передвижное спальное место и питание в профильном отделении. Госпитализация одного из родителей (законного представителя) с ребенком старше 4-х лет осуществляется только по медицинским показаниям и решается заведующим отделением в каждом конкретном случае. Родителю (законному представителю) ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения), независимо от возраста ребенка-инвалида, предоставляется на безвозмездной основе передвижное спальное место и питание в профильном отделении. |
| 4. | Родители (законные представители) имеют право на улучшение условий госпитализации за счет личных средств (согласно преискуранту). 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 23.11.2021 № 1089н "Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации" |
|--|--|

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