



**Перечень документов и объем обследований при
направлении на плановую госпитализацию для
оперативного лечения
(проводятся на догоспитальном этапе).**

ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЛИЦ:

1. Результаты исследования биологического материала пациента на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 (выявление РНК SARS-CoV-2 с помощью методов амплификации нуклеиновых кислот). Срок давности результатов не должен превышать 3 дня (72 часа) с момента проведения лабораторного исследования.
2. Справка врача-эпидемиолога или врача-педиатра/врача-терапевта/врача общей практики (семейного врача) об отсутствии контакта с инфекционными больными на протяжении 21 дня. Срок действия справки 3 дня.
3. Документы: паспорт, полис ОМС, СНИЛС
4. Доверенность от родителей на сопровождение, обследование и хирургическое лечение ребенка в центре, заверенную нотариусом (образец ниже)
5. Флюорография органов грудной клетки с описанием - годность 1 год
6. Анализ крови на сифилис (rw) – годность 1 месяца, при положительном результате -заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможностью пребывания в стационаре;
7. Анализ кала на яйца глистов и протозоозы - годность 1 месяц
8. Сопровождающие детей до 2 –х лет должны иметь бактериологическое исследование кала на кишечные инфекции (годность 14 дней).

НАШИ КОНТАКТЫ

По всем интересующим вас вопросам вы можете позвонить сотрудникам приемного отделения по телефону:

Приемное отделение: +7 (3522) 45 30 80, Детский блок приемного отделения: +7 919 560 06 48

ОБРАЗЕЦ ДОВЕРЕННОСТИ

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____

_____, _____
(Место составления) (число, месяц и год составления (прописью))

(Наименование учреждения (полное), выдавшего доверенность)

в лице _____

(должность, фамилия, имя и отчество руководителя Учреждения)

действующего на основании _____

(номер и дата приказа или иного документа)

настоящей доверенностью наделяет _____

(должность, фамилия, имя, отчество представителя)

(серия и номер паспорта, дата выдачи паспорта, орган выдавший паспорт)

(адрес регистрации представителя)

правом представлять интересы подопечного _____

(фамилия, имя, отчество, число, месяц и год рождения)

в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Министерства здравоохранения Российской Федерации и осуществлять все права пациента, предусмотренные Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности: право давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, право получать любую информацию о состоянии здоровья подопечного, право знакомиться со всеми касающимися здоровья подопечного медицинскими документами, получать их копии, право выбирать лиц, которым в интересах подопечного может передаваться любая информация о состоянии его здоровья, право обращаться от имени доверителя с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, а также представлять интересы подопечного по вопросам оказания ему медицинской помощи в любых медицинских и административных учреждениях Российской Федерации.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Срок действия доверенности один год со дня выдачи.

Образец подписи _____ удостоверяю.

(Фамилия, инициалы)

(наименование должности доверителя)

(подпись)