ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России

Приемное отделение корпус №1: +7 (3522) 45-30-80
Детский блок приемного отделения корпус №1: +7 919 -560-06-48
Приемное отделение Клиники костно-суставной инфекции корпус №2 (3522) 45-28-18

Перечень документов, клинических анализов, инструментальных исследований и консультаций специалистов для плановой госпитализации в отделение реабилитации

(для взрослых, детей)

Приложение к Распоряжению № 28 от 02.11.2026 года

Все анализы и справки (инструментальные исследования и заключения специалистов) должны быть на отдельных бланках и заверены печатью медицинской организации.

Все пациенты, имеющие хронические заболевания, должны иметь **заключение** врача по профилю заболевания с указанием подробного диагноза, рекомендаций ведения в периоперационном периоде, заключение об отсутствии противопоказаний. Пациент может быть принят на лечение только в стадии компенсации по сопутствующей патологии и отсутствии противопоказаний!

При госпитализации необходимо иметь при себе следующие документы (оригиналы и их копии):

1. Направление на госпитализацию из поликлиники по месту жительства (форма 057/у).
2. Паспорт (для ребенка до 14 лет свидетельство о рождении и свидетельство о регистрации по месту жительства).
3. Для иностранных граждан документ, удостоверяющий личность, документ подтверждающий право на пребывание в Российской Федерации (виза, миграционная карта, вид на жительство).
4. Для родителей (сопровождающих лиц): паспорт, СНИЛС, действующий страховой полис ОМС.
5. Лицу, сопровождающему ребенка, госпитализируемого в Центр, иметь при себе согласие законного представителя на сопровождение ребенка в Центре, информированное добровольное согласие **законного представителя** ребенка на виды медицинских вмешательств, удостоверенные нотариусом.
6. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС), либо уведомление по форме, удостоверенное приказом СФР от 23.06.2023г. №1199.
7. Действующий страховой полис ОМС (при наличии).
8. Выписку из амбулаторной карты (форма № 027/у) за подписью лечащего врача медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента, содержащую сведения о диагнозе, проведенной диагностике и лечении, рекомендации о необходимости реабилитации.
9. Справку об инвалидности (при наличии)
10. Справку о постановке на регистрационный учет в качестве безработного (ой), выданную органами службы занятости (при наличии).
11. Следующий перечень обследований:

	Анализы	Срок годности
1	Общий анализ крови, тромбоциты, лейкоциты (лейкоформула), СОЭ	10 дней
2	ПТИ, время свертывания, длительность кровотечения	10 дней
3	Коагулограмма, МНО, АПТВ	10 дней
4	Анализ мочи общий	10 дней
5	Анализ кала на яйца гельминтов+цисты лямблий	14 дней
6	Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, сахар крови натощак, общий белок, альбумины, билирубин, Среактивный белок-количественный показатель)	1 месяц
7	Группа крови, резус фактор	-
8	Анализ крови на сифилис (RW, ИФА) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре	1 месяц

9	Анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты В, С	3 месяца
Инструментальные исследования		
1	ЭКГ (пленка + описание) всем пациентам	1 месяц
	ЭКГ (пленка + описание) при хронической сердечной патологии, гипертонической болезни	10 дней
2	Флюорография органов грудной клетки с описанием с 15 лет	1 год
Заключения врачей-специалистов		
1	Заключение стоматолога о санации полости рта	1 месяц
2	Заключение гинеколога (для девочек с 15 лет и женщин) об отсутствии противопоказаний к физиотерапии	1 месяц
3	Заключение терапевта/педиатра (диагноз, перечень основных противопоказаний) о допуске на медицинскую реабилитацию	1 месяц
6	Для взрослых. Сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет. При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 4 недели до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации.	
Для детей до 18 лет дополнительно		
1	Бактериологическое исследование кала на кишечную группу, если ребенку менее 2-х лет	14 дней
2	Соскоб на энтеробиоз	14 дней
3	Справка от педиатра об отсутствии контактов с инфекционными больными за последние 21 день	3 дня
	Сведения о вакцинации против кори (возраст 1-6 лет – однократно, с 6 лет – двукратно) При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 1 месяц до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации.	
4	Данные о профилактических прививках (форма 063/у)	1 год
5	Данные туберкулинодиагностики (реакция Манту или «Диаскинтест»)	1 год
6	! справка из школы для обучения по школьной программе в период лечения в Центре Илизарова	
Для сопровождающих лиц		
1	Флюорография органов грудной клетки с описанием	1 год
2	Анализ крови на сифилис (RW, ИФА) при наличии положительного результата необходимо иметь заключение венеролога с уточненным диагнозом, возможность пребывания в стационаре	1 месяц
3	Анализ кала на яйца гельминтов+цисты лямблий	14 дней
4	Бактериологическое исследование кала на кишечную группу – для сопровождающих ребенка до 2х лет	14 дней
5	Сведения о вакцинации против кори за последние 10 лет. При их отсутствии – результат анализа крови на наличие антител IgG к вирусу кори. При отрицательном или сомнительном результате – вакцинация против кори за 2 недели до госпитализации. Или справка о противопоказании к вакцинации.	
Для пациентов дополнительно при наличии хронического заболевания		
1	При заболевании щитовидной железы – уровень гормонов щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, заключение эндокринолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
2	При пороках сердца, ИБС, нарушении сердечного ритма, ХСН, сколиозе 3-4 степени – ЭХО-КГ (эхокардиография), заключение кардиолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц

3	При сахарном диабете – уровень гликированного гемоглобина ниже 7,5%, заключение о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
4	При варикозной болезни сосудов нижних конечностей, атеросклеротической болезни, посттромбофлебическом синдроме – УЗДС сосудов нижних конечностей, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
5	При ревматоидном артрите, системной красной волчанке, болезни Бехтерева, подагрическом артрите - ревмофактор, СРБ, мочевая кислота, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
6	При ишемическом/геморрагическом инсульте в анамнезе – УЗДГ сосудов головного мозга, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
7	При эписиндроме, эпилепсии – ЭЭГ, заключение эпилептолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
8	При бронхиальной астме, ХОБЛ, миодистрофии, сколиозе 3-4 степени – ФВД, консультация, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
9	При ранее перенесенной онкологии – заключение онколога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
10	При хронических заболеваниях почек – УЗИ почек, заключение нефролога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
11	При наличии кожных заболеваний (дерматиты, псориаз) – заключение дерматолога о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий,	1 месяц
12	При психических заболеваниях – заключение психиатра о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц
13	При туберкулезе в анамнезе – заключение фтизиатра о противопоказаниях к определенным видам реабилитационных мероприятий, рекомендации по препаратам и дозам	1 месяц

По вопросам, связанным с документами, анализами, исследованиями и противопоказаниями, вы можете проконсультироваться СО СПЕЦИАЛИСТОМ ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ вашего отделения, а также: Приемное отделение корпус №1: +7 (3522) 45-30-80, Детский блок приемного отделения корпус №1: +7 919 - 560-06-48, Приемное отделение Клиники костно-суставной инфекции корпус №2 +7 (3522) 45-28-18

При планировании госпитализации, пожалуйста, ознакомьтесь с Положением о порядке госпитализации и положением о порядке госпитализации сопровождающих лиц, а также важной информацией на странице "Госпитализация" **ilizarov.ru/article/procedure-for-admission** и для Познакомьтесь с информацией о подготовке к госпитализации, путешествию, правилами внутреннего распорядка **на сайте Центра Илизарова http://ilizarov.ru/**