**При госпитализации необходимо иметь:**

1. Свидетельство о рождении ребенка (при достижении возраста 14 лет – паспорт)
2. Страховой полис обязательного медицинского страхования
3. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС)
4. Справка об инвалидности (при наличии)
5. Паспорт родителей или документ, подтверждающий родство и место регистрации. **На основании статьи 20 и статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь несовершеннолетним, не достигшим возраста 15 лет, а так же пациентам, признанным недееспособными, в условиях ФГБУ «ФЦ ССХ» (г. Пенза) в плановом порядке оказывается только в присутствии законного представителя (родителя, опекуна, усыновителя, попечителя).** Доверенность не является документом, позволяющим передавать полномочия законного представителя!!!
6. **Направление на консультацию, госпитализацию (форма 057/у-04) из поликлиники, к которой Вы прикреплены. Направление должно быть заверено личными подписями, печатями лечащего врача и руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.**
7. При наличии у пациента сопутствующей патологии иметь заключение соответствующего специалиста о возможности проведения операции с искусственным кровообращением.
8. При наличии у больного гепатита иметь заключение гепатолога и инфекциониста с разрешением на оперативное лечение в условиях искусственного кровообращения.
9. Подробная выписка из амбулаторной карты.
10. Прививочный сертификат.
11. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течении последних 3-х недель по месту жительства в детском, учебном или медицинском учреждении **(справка действительна в течении 3-х дней)**
12. **Данные клинических, лабораторных и других исследований должны быть заверены печатью медицинской организации и печатью врача.**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Вид обследования для детей** | **Срок действия** |
| 1. | Дети от 1 года до 7 лет включительно: результат реакции МантуДети с 8 лет до 17 включительно: результат Диаскин тестаДетям, которым не проводилась туберкулинодиагностика, заключение врача-фтизиатра об отсутствии у ребенка заболевания туберкулезом. | 1 год |
| 2. | Результаты обследования на ВИЧ- инфекцию.При наличии результата "положительный" или "сомнительный" необходимо заключение инфекциониста. | 1 месяц |
| 3. | Для детей в возрасте до 2-х лет – результаты исследования кала на патогенную кишечную микрофлору. | 10 дней |
| 4. | [Исследование соскоба на энтеробиоз](https://gemotest.ru/moskva/catalog/issledovaniya-kala/klinicheskie-issledovaniya/issledovanie-soskoba-na-enterobioz/). | 10 дней |
| 5. | Исследование кала на гименолепидоз, лямблиоз. | 10 дней |
| 6. | Результаты обследования на сифилис (РПГА + РМП или РМП + ИФА). При наличии результата "положительный" или "сомнительный" необходимо заключение дерматовенеролога о диагнозе. | 1 месяц |
| 7. | Результаты обследования на вирусный гепатит В (HBS Ag).При наличии результата "положительный" или "сомнительный" необходимо заключение инфекциониста. | 1 месяц |
| 8. | Результаты обследования на вирусный гепатит С (anti-HCV).При наличии результата "положительный" или "сомнительный" необходимо заключение инфекциониста. | 1 месяц |
|  **Вид обследования для родителей,** **госпитализируемых вместе с ребенком** | **Срок действия** |
| 1. | Rg – графия органов грудной клетки в прямой и левой боковой проекции. | 1 год |
| 2. | Справка от дерматовенеролога. | 1 месяц |
| 3. | Для родителей детей в возрасте до 2-х лет – анализ кала на патогенную кишечную микрофлору. | 10 дней |
| 4. | Исследование кала на лямблиоз. | 10 дней |

При себе иметь предметы личной гигиены, новые резиновые тапочки, халат

(спортивный костюм), комплект посуды. Категорически запрещается приносить на территорию ФГБУ «ФЦССХ» **колющие и режущие предметы**, в т.ч.: маникюрные ножницы, кусачки, перочинные и кухонные ножи, лезвия и бритвы.

Плановая госпитализация осуществляется с 8.00 до 10.00 часов, НАТОЩАК, при отсутствии выраженных изменений в вышеперечисленных результатах обследований, декомпенсации заболевания, отсутствии острых и (или) обострений сопутствующих заболеваний, воспалительных заболеваний. В случае выявления противопоказаний для госпитализации на оперативное лечение, дата госпитализации будет перенесена.

При отсутствии необходимых результатов предоперационного дообследования возможно их выполнение в Центре за счет Ваших средств.

Дата Вашей госпитализации может быть перенесена при отсутствии мест в стационаре или по другим техническим причинам, о чем Вам может быть сообщено по телефону.

Накануне госпитализации принять ванну или душ, коротко постричь ногти на ногах и руках, ногти должны быть без лаковых покрытий, лицо без макияжа, накладных ресниц.

Убедительная просьба: не брать с собой при поступлении в стационар ценные вещи. В случае утери администрация Центра ответственности не несет.

В том случае, если Вы приехали раньше назначенного срока госпитализации, необходимо предусмотреть возможность проживания в г. Пенза, в одной из гостиниц города. Информация о гостиницах на сайте Центра http//www.CARDIO-PENZA.RU. Проживание в гостинице осуществляется за свой счет.

Огромная просьба заранее сообщать о неявке на госпитализацию по телефону:

8(841-2) 25-54-77 (многоканальный).

Адрес: г. Пенза ул. Стасова д. 6