



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
«МЕЖОТРАСЛЕВОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
«МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» имени академика С.Н. ФЕДОРОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ФИЛИАЛ

(Волгоградский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)
ул. им. Землячки, 80, Волгоград, 400138

400138, г. Волгоград, ул. им. Землячки, 80

Тел. : 8- (8442)-91-35-35

Бланк предоперационного обследования

- ребенка _____
- общий анализ крови*) _____
- _____
- общий анализ мочи*) _____
- сахар крови*) _____
- _____
- МНО или свертываемость крови *) _____
- РВ*** (с 14 лет) дата _____ № реакции _____ результат _____
- ВИЧ*** дата _____ № реакции _____ результат _____
- антигены к гепатитам В, С*** дата _____ № реакции _____ результат _____
- рентгенография грудной клетки с описанием (с 18 лет, действительна в течение года) _____
- _____
- рентгенография придаточных пазух носа с описанием ***) _____
- _____
- ЭКГ с расшифровкой (действительна в течение 1 месяца) _____
- _____
- _____
- заключение ЛОР-врача **) _____
- _____
- заключение стоматолога**) _____
- _____

*) – данные анализа действительны не более двух недель

**) – данные анализа действительны не более трех месяцев

***) - данные анализа действительны не более шести месяцев

Заключение педиатра (действительно не более двух недель)

- заключение невролога (действительно не более двух недель)

- заключение кардиолога (действительно не более двух недель)

- заключение врачей специалистов (для пациентов, находящихся на диспансерном учете)

- ПРИВИВОЧНЫЙ СЕРТИФИКАТ

- СПРАВКА ОБ ОТСУТСТВИИ КОНТАКТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ В ТЕЧЕНИЕ 21 ДНЯ ДО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (детям до 14 лет включительно, действительна 3 дня)

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:

Заключение эндокринолога о возможности планового хирургического лечения, включающее диагноз, лечение, индивидуальные рекомендации.

ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО РЕБЕНКА:

- РВ (действительны 6 мес.) дата _____ № реакции _____ результат _____

- ВИЧ (действительны 6 мес.) дата _____ № реакции _____ результат _____

- Флюорография или рентгенография грудной клетки с описанием (действительны в течение года) _____

При себе необходимо иметь все назначенные медикаменты, а так же паспорт, полис, СНИЛС и удостоверения, дающие право на льготы по оплате медицинских услуг (оригиналы и ксерокопии)

Дата _____