

Ваш ребенок, _____, записан на госпитализацию в круглосуточный стационар
ГБУЗ АО "АКОБ" для курса консервативного / аппаратного лечения.

Госпитализация _____ с 09:00 до 11:30.

Для жителей г. Архангельска госпитализация с 11:30 до 14:00. Перерыв с 12:30 до 13:00.

С результатами обследования Вам необходимо подойти к администратору приемного отделения.

В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.

ОФТАЛЬМОЛОГУ (ПЕДИАТРУ) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для поступления в ГБУЗ АО "АКОБ" необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. Консультация педиатра с указанием полного клинического диагноза и рекомендованной лекарственной терапии (препарат, дозировка, количество приемов в сутки)

2. Консультация врачей специалистов при наличии сопутствующей патологии: (в том числе заключение: эндокринолога - при наличии сахарного диабета, кардиолога - при наличии в анамнезе врожденных пороков сердца, невролога - при тяжелых неврологических нарушениях и др.)

3. Справка об отсутствии карантина (3 дня)

4. Сведения о профилактических прививках (против кори, дифтерии, столбняка, полиомиелита, в т.ч. количество сделанных прививок против полиомиелита, дата последней прививки против полиомиелита и наименование вакцины) с указанием даты вакцинации, наименования, номера и серии вакцины

5. Сведения о факте перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) с указанием даты заболевания (не более 6 мес. до госпитализации)

6. Направление на госпитализацию, форма 057/у с места прикрепления (14 дней) (в случае отсутствия направления, при плановой госпитализации, в госпитализации будет отказано)

АНАЛИЗЫ

1. Общий анализ крови (1 мес.)

2. Анализ мочи общий (1 мес.)

3. Сахар крови и гликированный гемоглобин (по показаниям, для пациентов с сахарным диабетом) (1 мес.)

4. Кал на яйца глист (14 дней)

5. Соскоб на энтеробиоз (10 дней)

6. Анализ кала на патогенную кишечную флору (10 дней) - для детей первого года жизни

7. Обследование на антиген SARS-CoV-2 методом ИХА (экспресс-тест) или методом ПЦР (в случае отсутствия сведений о факте перенесенного заболевания COVID-19 в течение 6 мес. до госпитализации) давностью не более 2х дней

СОПРОВОЖДАЮЩЕМУ (в случае совместного пребывания в стационаре с ребенком):

1. Флюорография (2 года)

2. Кал на яйца глист (14 дней)

3. сведения о профилактических прививках (кори, дифтерии, столбняка) с указанием даты вакцинации, номера и серии вакцины (или титр антител)

4. Сведения о вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с указанием наименования вакцины, серии и даты вакцинации

5. Сведения о факте перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) с указанием даты заболевания (не более 6 мес. до госпитализации)

6. Обследование на антиген SARS-CoV-2 методом ИХА (экспресс-тест) или методом ПЦР (в случае отсутствия сведений о вакцинации против новой коронавирусной инфекции или сведений о факте перенесенного заболевания COVID-19 в течение 6 мес. до госпитализации) давностью не более 2х дней

Врач-офтальмолог: _____

Уведомление для родителей (законных представителей (усыновители, опекуны) - для несовершеннолетних, не достигших 14-ти лет (малолетние)) о предоставлении спального места и питания с ребенком до достижения им возраста четырех лет бесплатно, с ребенком старше четырех лет - при наличии медицинских показаний
«Настоящим уведомляем Вас о том, что в период нахождения вашего ребенка (подопечного) на лечении в ГБУЗ АО «АКОБ» одному из родителей (или иному члену семьи или законному представителю) предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний» в соответствии с требованиями ч.3 ст.51 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

телефон АДМИНИСТРАТОРА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: 68-38-03 (звонить с 10:30 до 17:30) Детская регистратура 68-31-09, звонить с 12:00 до 17:00.

Для госпитализации в стационар необходимо иметь документы (паспорт/свидетельство о рождении детям до 14 лет; полис ОМС, соответствующий данным паспорта и социальному статусу пациента; страховое свидетельство государственного пенсионного страхования - СНИЛС; справку МСЭ о наличии инвалидности; документ, подтверждающий полномочия законного представителя - паспорт для родителей, удостоверение опекуна, доверенность), результаты анализов, халат (пижаму), предметы личной гигиены, чашку, ложку и номер телефона родственников.

Для родителей, посещающих детей в отделении, необходима сменная обувь (не бахилы).

Прносить в отделения [сумки/чемоданы/рюкзаки/портфели] любого размера, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено.

Ногти должны быть коротко подстрижены и не покрыты лаком, не допускается наличие накладных ногтей.

Оригиналы обследования при выписке из стационара не возвращаются. При необходимости иметь с собой копии анализов.

В случае неявки на госпитализацию необходимо позвонить администратору приемного отделения 68-38-03 за 7-10 дней.

Информация для пациентов, застрахованных за пределами Архангельской области

Для оказания Вам медицинской помощи в плановой форме Вы должны быть прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи к медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования Архангельской области.

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ г.

г. Архангельск

Я, _____ (ФИО) _____ г.р.

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО),

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (ФИО, дата рождения)

в лечебные учреждения г. _____, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____ (ФИО)

Дата