**"Утверждаю"**

**Председатель Правления**

**АО "НИИ кардиологии и ВБ**

**Пашимов М.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**"20" января 2025 год.**

**АО "Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней"**

**"Перечень документов, догоспитальных лабораторно-инструментальных исследований пациента, необходимых для плановой госпитализации на стационарное лечение в рамках ГОБМП и ОСМС"**

1. Документы удостоверяющие личность **(копия удостоверения личности или паспорт пациента)**
2. Направление на госпитализацию с датой госпитализации, установленный стационаром (выдается в поликлинике по месту жительства).
3. Выписка из медицинской карты амбулаторно (стационарно) больного с указанием клинического диагноза, результатов лабораторных и инструментальных исследований пациента в догоспитальном периоде.
4. **Результат лабораторных и инструментальных исследований на бумажном носителе с** указанием ФИО и даты рождения пациента и латы проведения иследования
5. **Госпитализация только при наличии консультативного заключения специалиста НИИКиВБ, в том числе по телемедицине тел 2330087 или заявке МО по электронной почте pr1emny@mail.ru**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Профиль коек** | **Код МКБ-10** | **Код операции** | **Цель госпитализации** | **Лабораторно- инструментальные исследования** |
| 18 | **Эндокринологический профиль** | Е04.1 | **СМП**  06.98 | **Малоинвазивное вмешательство:**  **РЧА доброкачественных новообразований щитовидной железы** | Общий анализ крови , с лейкоцитарной формулой, СОЭ  **(**действительно до 14 дней) |
| Общий анализ мочи (действительно до 14 дней) |
| Биохимический анализ крови: общий белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин, креатинин, мочевина, глюкоза, общий холестерин (действительно до 14 дней**)** |
| Коагулограмма (действительно до 14 дней) |
| Микрореакция (действительно до 1 месяц) |
| Гормоны щитовидной железы (FТ3, FТ4, ТТГ, А- ТПО )  (действительно до 3 месяца) |
| ИФА на вирусные гепатиты В и С (действительно до 3 месяца) |
| ИФА на ВИЧ (действительно до 14 дней) |
| Группа крови, резус-фактор (действительно до 1 год) |
| Рентгенография органов грудной клетки со снимком и заключением **(действительно до 6 месяцев)** |
| ЭКГ с расшифровкой **(действительно до 1 месяц)** |
| УЗИ щитовидной железы  **(действительно до 6 месяцев)** |
| **Тонкоигольнаая аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) узла – двукратно с интервалом 6 месяцев - 1 год.** |
| **Дополнительно:**  **Компьютерная томография (КТ) шеи и грудной клетки при подозрении на загрудинное распространение узлов.**  **(действительно до 6 мес)**  **ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ**  **Консультация узких специалистов.. (Действительно до 3 мес)**  **Консультация кардиолога** при сердечно-сосудистых заболеваниях  **Консультация сосудистого хирурга** при варикозной болезни вен нижних конечностей  **Консультация невропатолога, МРТ головного мозга при ОНМК в анамнезе** |