**"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"**

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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Профиля коек** | **Код МКБ-10** | **Цель госпитализации** | **Лабораторно- инструментальные исследования** |
| 3 | **Нефрологический профиль** | N03.1N03.5 N03.8; N04.1 N04.5; N04.8,  | **Консервативное лечение** | Общий анализ крови (действительно до 14 дней) |
| Общий анализ мочи (действительно до 14 дней) |
| Биохимический анализ крови(общий белок, общий билирубин, АлТ, АсТ, глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, **электролиты** **(натрий, калий** ) (действительно до 14 дней) |
| Коагулограмма (действительно до 14 дней) |
| Микрореакция (действительно до 1месяц) |
| Кровь на ВИЧ (действительно до 6 месяца) |
| ИФА на гепатиты В\С (до 6 месяца) |
| Группа крови, резус фактор (пациентам получающих гемодиализ) до 1-го года |
| Рентгенография органов грудной клетки со снимком и заключением (действительно до 6- месяца) |
| ЭКГ с расшифровкой (действительно до 1месяц) |
| **УЗИ** органов брюшной полости и **почек** (действительно до3 месяцев) **Дополнительно:** ЭФГДС (действительно до 3 месяца)**ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ** **Консультация узких специалистов. . (Действительно до 3 мес)****-Консультатция эндокринолога** при сахарном диабет,тиреотаксикозе**-Консультатция сосудистого хирурга** при варикозной болезни вен нижн,конечностей**-Консультатция невропатолога ,МРТ головного при ОНМК в анамнезе** |