|  |  |
| --- | --- |
|  | **Памятка пациенту для плановой госпитализации**  **в ООО «Больница Лава» в период пандемии COVID-19** |

**Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата операции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. операционного менеджера | | * **Падеренкова Инесса** | | | * **Вихарева Анастасия** |
| **Список документов, необходимых для госпитализации** | | | | | | | | |
| **Паспорт** | | | | | **СНИЛС** | | | |
| **Полис** ОМС /ДМС  При обслуживании по ДМС необходимо наличие гарантийного письма | | | | | Направление на госпитализацию **форма 057/у-04**  - срок действия 2 недели  - получить по месту медицинского обслуживания | | | |
| **Список рекомендованных личных вещей:** | | | | | | | | |
| * Сменная одежда, в которой вам будет комфортно – НЕ шерстяная (халат, пижама, спортивный костюм), сменная обувь.   *После операции* ***не*** *желательна одежда, которая надевается через голову (во избежание смещения послеоперационной повязки). Обувь должна быть обрабатываемой (резина, ПВХ, кожа).*   * Средства личной гигиены * Зарядки для гаджетов, мобильных телефонов * Личные вещи, которые помогут Вам провести время в клинике, например, книги, журналы, кроссворды. | | | | | | | | |
| **Подготовка к операции:** | | | | | | | | |
| ***Пожалуйста, подготовьте заранее список лекарственных препаратов, которые Вы принимаете регулярно или принимали в течение 2х недель до операции, а также перечень аллергенов (если имеется аллергия). Эту информацию нужно будет сообщить лечащему врачу и врачу-анестезиологу.*** | | | | | | | | |
| Необходимо исключить приём пищи:   * после 18.00 часов дня, предшествующего дню операции/ * в день операции (за 4 часа до операции) * препарат «Микролакс» -ввести содержимое одной микроклизмы (5 мл) ректально   Исключить приём жидкости за 2 часа до операции.  **Несоблюдение этой рекомендации является противопоказанием к хирургическому лечению.** | | | | | | | | |
| Исключить приём препаратов, влияющих на свертываемость крови, **за 7 дней до операции**: Аспирин, ТромбоАсс, Кардиомагнил, Клопидогрел, Плавикс, Плагрил, Зилт, Варфарин, Ксарелто, Прадакса, Гепарин, Клексан, Неодикумарин, Фепромарон, Фенилин, Эликвис. | | | | | | | | |
| Произвести туалет наружных половых органов.  Сбрить волосы на наружных половых органах, низ живота от пупка, зону оперативного вмешательства. | | | | | | | | |
| Приобрести **компрессионные чулки** для операции:   |  |  | | --- | --- | | * степень компрессии №1 |  | | * степень компрессии №2 |  |   Надеть утром, дома, в день операции, до подъема с постели. | | | | | | | | |
| ***В случае если у Вас до операции ухудшилось самочувствие/появились следующие симптомы: повышение температуры тела, слабость, озноб, насморк, кашель, тошнота и другое. НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО сообщите об этом операционному менеджеру.*** | | | | | | | | |
| Для женщин во время **менструации** операция не проводится. | | | | | **При нахождении в стационаре просим Вас:**   * соблюдать внутренний распорядок работы клиники, тишину, чистоту и порядок; * исполнять требования пожарной безопасности; * соблюдать рекомендуемую врачом диету; * бережно относиться к имуществу клиники; * соблюдать лечебно-охранительный режим, предписанный лечащим врачом.   **Курение на территории клиники запрещено!** | | | |
| **Выписка** пациентов производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением стационара.  **Посещение** **пациентов, находящихся на стационарном лечении запрещено!** | | | | |
| **1** | | Вход пациентов в здание клиники должен осуществляться строго в маске | | | | | | |
| **2** | | На входе пациенту будет проведена бесконтактная термометрия (при выявлении повышенной температуры тела пациент не допускается к госпитализации) | | | | | | |
| **3** | | Пациенты, допущенные до госпитализации в стационар, находятся в маломестных палатах. Выход из палаты с обязательным ношением маски, а также с соблюдением социальной дистанции (не менее 2х метров) между другими пациентами и сотрудниками подразделений. | | | | | | |
|  | | | | | **ООО «Больница Лава»**  **Адрес: г. Ижевск, ул. Совхозная, 3А**  **Тел.: 8(3412)682-000; 8(912)878-65-64 (Viber, WhatsApp)**  **Эл. почта: stacionar\_lava@mail.ru** | | | |

**Дата/время консультации врача-анестезиолога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Стоимость первичной консультации врача – анестезиолога – 1000 рублей*

**ВАЖНО!!** Для консультации врача – анестезиолога необходимо наличие готовых результатов анализов и исследований, сдавать их нужно таким образом, чтобы они не были просрочены ко дню операции.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Перечень в объёме клинического минимума** | **Срок годности** |
|  | Клинический анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ) | 2 недели |
|  | Общий анализ мочи | 2 недели |
|  | Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам | 2 недели |
|  | Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин+ фракции, креатинин, мочевина, амилаза, АЛТ, АСТ, глюкоза, Na+, К+) | 2 недели |
|  | Коагулограмма (ПТИ, АЧТВ, МНО, фибриноген) | 2 недели |
|  | Группа крови, резус-фактор | Без срока |
|  | Анализ крови на RW, ВИЧ, НВs Ag, HCV | 3 месяца |
|  | Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка | 2 недели |
|  | Мазок на онкоцитологию | 1 год |
|  | УЗИ гинекологическое | 1 месяц |
|  | ЭКГ с расшифровкой (при наличии изменений на ЭКГ, показана повторная ЭКГ без отрицательной динамики не более 7 дней) | 1 месяц |
|  | Rg-графия легких с описанием (или флюорография) | 6 месяцев |
|  | Заключение врача - **терапевта** | 1 месяц |
|  | Лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 либо  Сертификат вакцинации COVID-19 | **7 дней** |
| **Обследования по дополнительным показаниям\*** | | |
|  | Кровь на CA 125 II | 2 недели |
|  | Посев на микрофлору из влагалища | 1 месяц |
|  | Мазок на ИППП | 2 месяца |
|  | Урофлоуметрия | 1 месяц |
|  | УЗИ молочных желез (до 40 лет), маммография (от 40 лет) | 1 год |
|  | УЗИ почек, мочевого пузыря | 1 месяц |
|  | УЗДГ вен нижних конечностей | 1 месяц |
|  | УЗИ органов брюшной полости | 1 месяц |
|  | МРТ органов малого таза | 6 месяцев |
|  | ФГДС | 1 месяц |
|  | Ректороманоскопия | 1 месяц |
|  | Кольпоскопия | 1 год |
|  | ЭХО (УЗИ сердца) | 1 месяц |
|  | Спирография | 1 месяц |
|  | Холтеровское мониторирование (суточное мониторирование ЭКГ) | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **кардиолога** при заболеваниях сердечно-сосудистой системы | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **инфекциониста** при положительном результате на ВИЧ, НВs Ag, HCV | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **дерматовенеролога** при положительном результате на RW | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **невролога** | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **стоматолога** | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **онколога** | 1 месяц |
|  | Заключение врача - **эндокринолога** | 1 месяц |
| **\*Лечащим врачом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом могут быть назначены эти и другие дополнительные обследования и консультация для более точного определения операционно-анестезиологического риска** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Внимание!** Приемы и оперативное лечение проходят по Ижевскому времени. | **Медиаль.рф** |