|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 /ДМСПри 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** |