

Перечень клинико-диагностических исследований, необходимый для плановой госпитализации пациентов в ГБУЗ «ПКОД»

ДЛЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ ТЕРАПИИ (Радий-223, Самарий-153)

Необходимые лабораторные исследования	Сроки годности анализов	Отметка о назначении
Сцинтиграфия костей скелета	6 месяцев	
КТ органов грудной полости	6 месяцев	
Общий ПСА	30 дней до даты	
Клинический и биохимический анализы крови (включая глюкозу, креатинин, общий билирубин, альбумин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ, Кальций, Калий, Натрий), САСС (включая АЧТВ, фибриноген, МНО, ПВ), общий анализ мочи	7 дней до даты	
Дополнительно:		
Анализ крови на сифилис (ИФА). При положительном результате анализа обязательно справка из Кожно-венерологического диспансера по месту жительства	1 год (Приказ МЗ ПК №18/пр/1652 от 08.11.2022)	
Анализ крови на маркеры вирусного гепатита Hbs-ag (ИФА), Hcv-ag (ИФА). При положительном результате анализа обязательно иметь заключение инфекциониста об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и нахождению в стационаре.	Не позднее 30 дней до поступления, далее 1 раз в 3 месяца (Приказ МЗ ПК №18/пр/1652 от 08.11.2022)	
Сведения о профилактических прививках (данные сертификата профилактических прививок или иной медицинской документации, подтверждающей проведение профилактических прививок или медицинского отвода)	Приказ МЗ ПК №18/пр/1652 от 08.11.2022	
Против новой коронавирусной инфекции	1 год	
Дифтерия, столбняк	Ревакцинация 1 раз в 10 лет	
Краснуха (женщины от 18 до 25 лет (включительно))	2 прививки	
Корь (взрослые от 18 до 35 лет (включительно), взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска)	2 прививки	
Грипп	Ежегодно (перед сезонным подъемом заболеваемости)	
Пневмококк	Не менее одной прививки	

Примечание:

- Все результаты исследований предъявлять при оформлении в виде копий.**
- Паспорт, СНИЛС, Полис предъявлять в виде оригиналов при оформлении на госпитализацию с целью идентификации данных пациентов.
- Отсутствие сведений о прививках не является основанием для отказа от госпитализации.
- В случае предоставления не полного перечня обследований и/или наличия противопоказаний к плановому оперативному лечению, **ГБУЗ «ПКОД» оставляет за собой право отказать в плановой госпитализации.**

С данными перечня обследований перед госпитализацией ознакомлен(а). Рекомендации мне понятны. Перечень обследований на руки получил(а).

В случае отказа от госпитализации Вам необходимо связаться с Приемным отделением по телефону: 232-98-16

Дата: _____

Подпись пациента/законного представителя _____ ФИО
пациента _____