


ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 1 из 15


Приложение 3. План подготовки к госпитализации

1. Общие положения о плановой госпитализации (памятка пациента)

	<p>ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru</p>
<p>Уважаемый пациент! Вам предстоит плановая госпитализация в ФГБУ НМИЦ ТО им Н.Н. Приорова:</p>	
	<p>Просим Вас прибыть на плановую госпитализацию за 10-15 минут до назначенного времени. Пациентам старше 18 лет следует обратиться в корпус № 5. Пациентам моложе 18 лет и их сопровождающим следует обратиться в корпус № 7. Если Ваш самолет или поезд прибывает позже назначенного времени, пожалуйста, берите билеты на сутки ранее и остановитесь на одну ночь в любой гостинице.</p>
	<p>В день госпитализации просим взять с собой приглашение (направление 057/y) на госпитализацию, личные документы (свидетельство о рождении, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность, полис обязательного медицинского страхования, СНИИС, медицинскую документацию, справка, подтверждающая факт установления инвалидности (при наличии), для детей до 14 лет – свидетельство о регистрации по месту жительства по форме 8) и копии: паспорта (титульный разворот, разворот с пропиской), полиса обязательного медицинского страхования и СНИИС.</p>
	<p>Результаты анализов, исследований и консультаций принимают только в виде оригинала на бумажном носителе. На бланках анализов, исследований и консультаций должен быть штамп с наименованием лечебного учреждения, печать и подпись врача. Если Вам нужны дубликаты результатов исследований, то сделайте, пожалуйста, копии заранее.</p>
	<p>О всех случаях изменения самочувствия, необходимости обследования или лечения выявленных заболеваний, которые препятствуют плановой госпитализации, результатах выполненных исследований необходимо сообщить в единый контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 или отделение госпитализации: hospital@cito-priorov.ru</p>
	<p>По результатам представленных исследований могут быть назначены дополнительные исследования и изменена дата госпитализации. При отсутствии полного предоперационного обследования или несоблюдении даты и времени госпитализации, или выявлении противопоказаний для проведения планового оперативного лечения приемное отделение имеет право отказать в госпитализации.</p>



ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 2 из 15

2. Перечень обязательных исследований для госпитализации на «большие» ортопедические операции (памятка пациента 18 лет и старше)

	ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru	
	Вам предстоит операция, необходимо обязательно сделать:	
	Исследование	Срок действия
Результаты лабораторных исследований:		
Группа крови (ABO) и резус-фактор (Rh) <i>Примечание: необходимо наличие бланка с результатом анализа</i>		без срока давности
Общий (клинический) анализ крови развернутый + СОЭ		не более 14 дней
Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевины, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, калий, натрий, СРБ)		
Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген)		
Общий (клинический) анализ мочи		
Гликированный гемоглобин		не более 3-х месяцев
Анализ крови на маркеры гепатита В (HBsAg) и гепатита С (antiHCV), на сифилис RW, на антитела к ВИЧ. <i>Примечание: при наличии положительного результата – заключение инфекциониста и/или дерматовенеролога о возможности пребывания в стационаре и проведения оперативного вмешательства</i>		не более 1 месяца
Результаты инструментальных исследований:		
Электрокардиограмма (ЭКГ) на скорости 25 мм/сек <i>Примечание: предоставить запись ЭКГ и заключение</i>		не более 14 дней
Ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДГ) вен нижних конечностей <i>Примечание: при выявлении патологии – дополнительно консультация сосудистого хирурга</i>		не более 1 месяца
Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) <i>Примечание: при выявлении язвенных дефектов или эрозий – лечение у гастроэнтеролога или терапевта по месту жительства до полной эпителизации дефектов слизистой оболочки с проведением контрольной ЭГДС</i>		
Рентгенография или флюорография, или компьютерная томография, или ПЭТ-КТ органов грудной клетки <i>Примечание: заверенное заключение или справка</i>		не более 1 года
Документы и справки		
Заключение стоматолога о санации полости рта и отсутствии нестабильных зубов		не более 1 месяца
Выписка из амбулаторной карты по месту жительства, заверенная печатью медицинской организации, с заключением терапевта, включающим осмотр, диагноз, оценку результатов выполненных исследований, отсутствие противопоказаний для оперативного вмешательства		

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 3 из 15

Справка о вакцинации против кори для лиц от 18 до 55 лет. <i>Примечание: срок ревакцинации не более 10 лет. При отсутствии данных о вакцинации: анализ на наличие антител IgG к кори в положительном титре. При отсутствии в результатах анализа положительного титра выполнить прививку не позднее чем за 4 недели до госпитализации (предоставить справку)</i>	не более 1 года
---	-----------------


Уважаемый пациент! Просим обратить особое внимание и подготовить		
	Документы и справки:	
	При наличии госпитализаций в отделения кардиологического или терапевтического профиля – предоставить <u>все</u> выписные эпикризы	без срока давности
	При проведенных ранее коронарографии, стентировании и шунтировании коронарных артерий – предоставить данные коронарографии, стентирования и шунтирования коронарных артерий (или выписные эпикризы их содержащие)	
	Для пациентов с имплантированными устройствами ЭКС, КВД, СРТ, СРТ-Д – Заключение врача сердечно-сосудистого хирурга (аритмолога или электрофизиолога) с протоколом последнего тестирования устройства с указанием параметров работы, в том числе параметров работы электродов	срок действия для ЭКС не более 1 года, для КВД и СРД не более 6 месяцев
	При наличии хронических сопутствующих заболеваний – Заключение врачей-узких специалистов об отсутствии декомпенсации заболевания. <i>Примечание (примеры): эндокринолога – при сахарном диабете и наличии заболеваний щитовидной железы, кардиолога – при сердечно-сосудистых заболеваниях, невролога – при перенесенном инсульте, черепно-мозговых травмах и перед операциями на позвоночнике с рекомендациями по ведению в предоперационном и послеоперационном периоде, онколога – при онкологических заболеваниях, фтизиатра – для перенесших туберкулез, гинеколога для женщин, уролога – для мужчин старше 40 лет</i>	не более 1 месяца
Результаты лабораторных исследований:		
Для пациентов с заболеваниями щитовидной железы, нарушениями ритма сердца – Тиреотропный гормон (ТТГ)	не более 3-х месяцев	
Для пациентов, наблюдающихся кардиологом или терапевтом по поводу хронической сердечной недостаточности – NTproBNP крови		
Результаты инструментальных исследований:		
При наличии хронических заболеваний легких и предстоящих операциях на грудном отделе позвоночника – исследование ФВД	не более 1 месяца	
При наличии артериальной гипертензии, ИБС, цереброваскулярной болезни, периферического атеросклероза, хронической сердечной недостаточности, легочной гипертензии, клапанных пороках сердца, кардиомиопатии, аритмии – Эхокардиография (ЭхоКГ) с определением	не более 3-х месяцев	

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 4 из 15

ФВ ЛЖ по Симпсону, СДЛА, оценки патологии клапанного аппарата, зон нарушенной локальной сократимости, размеров полостей сердца, толщины стенок ЛЖ и ПЖ	
При наличии нарушений ритма сердца и проводимости в анамнезе или при регистрации на ЭКГ покоя, а также при наличии обмороков в анамнезе – Холтеровское мониторирование ЭКГ. <i>Примечание: с указанием терапии, на фоне которой проведено исследование</i>	
Всем пациентам с инсультом или преходящим нарушением мозгового кровообращения в анамнезе – Ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДГ) брахиоцефальных артерий.	не более 6 месяцев

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 5 из 15

3. Перечень обязательных исследований для госпитализации на «малые» ортопедические операции (памятка пациента 18 лет и старше)


	ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru	
	Вам предстоит операция, необходимо обязательно сделать:	
	Исследование	Срок действия
Результаты лабораторных исследований:		
Группа крови (ABO) и резус-фактор (Rh) <i>Примечание: необходимо наличие бланка с результатом анализа</i>		без срока давности
Общий (клинический) анализ крови развернутый + СОЭ Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевины, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, калий, натрий, СРБ) Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген)		не более 14 дней
Общий (клинический) анализ мочи		
Гликированный гемоглобин		не более 3-х месяцев
Анализ крови на маркеры гепатита В (HBsAg) и гепатита С (antiHCV), на сифилис RW, на антитела к ВИЧ. <i>Примечание: при наличии положительного результата – заключение инфекциониста и/или дерматовенеролога о возможности пребывания в стационаре и проведения оперативного вмешательства</i>		не более 1 месяца
Результаты инструментальных исследований:		
Электрокардиограмма (ЭКГ) на скорости 25 мм/сек <i>Примечание: предоставить запись ЭКГ и заключение</i>		не более 14 дней
Рентгенография или флюорография, или компьютерная томография, или ПЭТ-КТ органов грудной клетки <i>Примечание: заверенное заключение или справка</i>		не более 1 года
Документы и справки		
Выписка из амбулаторной карты по месту жительства, заверенная печатью медицинской организации, с заключением терапевта, включающим осмотр, диагноз, оценку результатов выполненных исследований, отсутствие противопоказаний для оперативного вмешательства		не более 1 месяца
Справка о вакцинации против кори для лиц от 18 до 55 лет. <i>Примечание: срок ревакцинации не более 10 лет. При отсутствии данных о вакцинации: анализ на наличие антител IgG к кори в положительном титре. При отсутствии в результатах анализа положительного титра выполнить прививку не позднее чем за 4 недели до госпитализации (предоставить справку)</i>		не более 1 года
При наличии госпитализаций в отделения кардиологического или терапевтического профиля – предоставить <u>все</u> выписные эпикризы		без срока давности
При проведенных ранее коронарографии, стентировании и шунтировании коронарных артерий – предоставить данные		

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 6 из 15

коронарографии, стентирования и шунтирования коронарных артерий (или выписные эпикризы их содержащие)	
--	--

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 7 из 15

4. Перечень обязательных исследований для госпитализации (памятка законного представителя несовершеннолетнего пациента до 18 лет)

	ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru	
	Вам предстоит операция, необходимо обязательно сделать:	
	Исследование	Срок действия
Результаты лабораторных исследований:		
Группа крови (ABO) и резус-фактор (Rh) <i>Примечание: необходимо наличие бланка с результатом анализа</i>		не более 14 дней
Общий (клинический) анализ крови развернутый + СОЭ		
Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, мочевины, общий билирубин, АЛТ, АСТ, калий, натрий, СРБ)		
Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген)		
Общий (клинический) анализ мочи		не более 1 месяца
Анализ крови на маркеры гепатита В (HBsAg) и гепатита С (antiHCV), на сифилис RW, на антитела к ВИЧ. <i>Примечание: при наличии положительного результата – заключение инфекциониста и/или дерматовенеролога о возможности пребывания в стационаре и проведения оперативного вмешательства</i>		
Анализ кала на кишечную группу <i>Примечание: детям до 2-х лет</i>		не более 14 дней
Анализ кала на яйца глистов и простозоозы (цисты лямблий)		
Результаты инструментальных исследований:		
Электрокардиограмма (ЭКГ) на скорости 25 мм/сек <i>Примечание: предоставить запись ЭКГ и заключение</i>		не более 14 дней
Рентгенография или флюорография органов грудной клетки <i>Примечание: детям 15 лет и старше</i>		не более 6 месяцев
Рентгенограммы, МРТ, КТ по профилю заболевания		не более 3-х месяцев
Эхокардиография (ЭхоКГ) с определением СДЛА, оценки патологии клапанного аппарата, размеров полостей сердца <i>Примечание: оперативное вмешательство у детей с клапанными пороками сердца, сколиозом 3-4 степени, ДЦП с GMSFC 4-5 уровня, бульбарным и псевдобульбарным синдромом</i>		не более 1 месяца
Мониторирование ЭКГ по Холтеру <i>Примечание: оперативное вмешательство у детей с нарушениями ритма сердца и проводимости, обмороками</i>		
Функция внешнего дыхания (ФВД) <i>Примечание: при оперативном вмешательстве у детей со сколиозом 3-4 степени, воронкообразной деформацией грудного отдела позвоночника</i>		
Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) <i>Примечание: при оперативном вмешательстве у детей 14 лет и старше.</i>		

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 8 из 15

При выявлении язвенных дефектов или эрозий – лечение у гастроэнтеролога или терапевта по месту жительства до полной эпителизации дефектов слизистой оболочки с проведением контрольной ЭГДС.	
УЗДГ вен нижних конечностей <i>Примечание: при оперативном вмешательстве у детей 14 лет и старше.</i>	
УЗИ органов брюшной полости и почек <i>Примечание: при оперативном вмешательстве у детей при наличии сопутствующих заболеваний</i>	
Документы и справки	
Выписка из амбулаторной карты по месту жительства, заверенная печатью медицинской организации, с заключением педиатра, включающим осмотр, диагноз, оценку результатов выполненных исследований, отсутствие противопоказаний для оперативного вмешательства	не более 1 месяца
Заключение стоматолога о санации полости рта	
Заключение гинеколога <i>Примечание: девочкам 15 лет и старше</i>	
Заключение оториноларинголога об отсутствии противопоказаний для оперативного вмешательства	
Заключение врачей-узких специалистов об отсутствии декомпенсации заболевания при наличии сопутствующих заболеваний	
Сведения о профилактических прививках, выполненных в соответствии Национальным календарем профилактических прививок	не более 1 года
Справка о результатах туберкулинодиагностики <i>Примечание: детям до 15 лет</i>	не более 1 года
Справка о завершённом курсе иммунизации против кори, краснухи, эпидемического паротита <i>Примечание: при отсутствии данных о вакцинации: справка о перенесённом заболевании или результат анализа на наличие антител IgG к вирусу кори, краснухи, эпидемического паротита в положительном титре. При отсутствии в результатах анализа положительного титра выполнить прививку не позднее чем за 4 недели до госпитализации (предоставить справку)</i>	не более 1 года
Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня	не более 3-х дней
Справки из учебного заведения при необходимости организации обучения	не более 1 месяца

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 9 из 15

5. Перечень обязательных документов для сопровождения пациента на госпитализацию (памятка сопровождающего)

	ФГБУ «НМИЦ ТО им Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru	
	Вы сопровождаете пациента на операцию, необходимо обязательно сделать:	
	Исследование	Срок действия
Результаты лабораторных исследований:		
Анализ крови на маркеры гепатита В (HBsAg) и гепатита С (antiHCV), на сифилис RW, на антитела к ВИЧ. <i>Примечание: при наличии положительного результата – заключение инфекциониста и/или дерматовенеролога о возможности пребывания в стационаре</i>		не более 1 месяца
Результаты инструментальных исследований:		
Рентгенография или флюорография органов грудной клетки		не более 6 месяцев
Документы и справки		
Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС. При сопровождении несовершеннолетнего – нотариально заверенную доверенность от родителей.		
Справка о завершённом курсе иммунизации против кори, краснухи, эпидемического паротита <i>Примечание: при отсутствии данных о вакцинации: справка о перенесённом заболевании или результат анализа на наличие антител IgG к вирусу кори, краснухи, эпидемического паротита в положительном титре. При отсутствии в результатах анализа положительного титра выполнить прививку не позднее чем за 4 недели до госпитализации (предоставить справку)</i>		

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 10 из 15

6. Анкета пациента

	<p>ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru</p>																																								
<p>Анкета пациента, поступающего в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» (заполняется пациентом самостоятельно)</p>																																									
<p>1. Ф.И.О. _____</p>																																									
<p>2. Дата рождения _____, возраст _____</p>																																									
<p>3. Ваше привычное (обычное) артериальное давление _____ / _____ мм рт.ст.</p>																																									
<p>3. Ваше максимальное артериальное давление в жизни _____ / _____ мм рт.ст.</p>																																									
<p>4. Ваш привычный (обычный) пульс _____ ударов в минуту</p>																																									
<p>5. Вы курите? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, - если «Да», то уточните – сколько лет __ _ , количество сигарет в день __ _ шт. - если «Нет», то курили ли Вы ранее? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, - если «Да», то уточните – сколько лет __ _ ; не курите последние __ _ лет</p>																																									
<p>6. Есть ли у вас аллергия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, - если «Да», то уточните на что и какая _____</p>																																									
<p>7. Принимаете ли Вы постоянно лекарства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (- если «Да», то укажите названия лекарств, их дозы и время приема в таблице)</p>																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>№</th> <th>Название препарата</th> <th>Доза в мг</th> <th>Сколько раз в день и время приема?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		№	Название препарата	Доза в мг	Сколько раз в день и время приема?	1				2				3				4				5				6				7				8							
№	Название препарата	Доза в мг	Сколько раз в день и время приема?																																						
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
<p>8. Есть ли у Вас?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Да</th> <th>Нет</th> <th>Как давно?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Повышение артериального давления</td> <td></td> <td></td> <td>_____ лет</td> </tr> <tr> <td>Ишемическая болезнь сердца</td> <td></td> <td></td> <td>_____ лет</td> </tr> <tr> <td>Аритмия, сердцебиения</td> <td></td> <td></td> <td>_____ лет</td> </tr> <tr> <td>Сахарный диабет</td> <td></td> <td></td> <td>_____ лет</td> </tr> <tr> <td>Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Был ли у Вас инсульт</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Был ли у Вас инфаркт</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Были ли у Вас тромбоз вен, артерий, ТЭЛА</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Родственники, перенесшие инфаркт или инсульт до 55-60 лет</td> <td></td> <td></td> <td>_____ возраст <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж</td> </tr> </tbody> </table>			Да	Нет	Как давно?	Повышение артериального давления			_____ лет	Ишемическая болезнь сердца			_____ лет	Аритмия, сердцебиения			_____ лет	Сахарный диабет			_____ лет	Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки				Был ли у Вас инсульт				Был ли у Вас инфаркт				Были ли у Вас тромбоз вен, артерий, ТЭЛА				Родственники, перенесшие инфаркт или инсульт до 55-60 лет			_____ возраст <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
	Да	Нет	Как давно?																																						
Повышение артериального давления			_____ лет																																						
Ишемическая болезнь сердца			_____ лет																																						
Аритмия, сердцебиения			_____ лет																																						
Сахарный диабет			_____ лет																																						
Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки																																									
Был ли у Вас инсульт																																									
Был ли у Вас инфаркт																																									
Были ли у Вас тромбоз вен, артерий, ТЭЛА																																									
Родственники, перенесшие инфаркт или инсульт до 55-60 лет			_____ возраст <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж																																						
<p>9. Можете ли Вы без остановки подняться на второй этаж? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>																																									

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 11 из 15

- если «Нет», по какой причине: из-за проблем с суставами
 из-за одышки и/или дискомфорта (боли) в груди.

10. Теряли ли Вы раньше сознание? Нет Да

- если «Да», то уточните – когда в последний раз _____,
при каких обстоятельствах _____

12. Вам уже проводили операции? Нет Да, если «Да», то заполните таблицу

Год операции	Как называлась операция (или по какому поводу ее делали, в т.ч. «ставили» ли Вам стенты, электрокардиостимулятор)?

13. Были ли у Вас и Ваших ближайших родственников осложнения или особенности при анестезии (обезболивании), в том числе злокачественная гипертермия?

Нет Да, если «Да», то укажите ниже у кого, какие и когда

14. Жалобы в настоящее время

№	Жалоба	Ваш ответ	Если Ваш ответ «Да», отметьте галочкой при каком состоянии возникает данная жалоба
1.	Боли в грудной клетке	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<p>Боль возникает: при дыхании <input type="checkbox"/> при движении <input type="checkbox"/> в покое <input type="checkbox"/> при нервных нагрузках <input type="checkbox"/> при других условиях (написать) _____</p> <p>Как болит в грудной клетке: колет или прокалывает <input type="checkbox"/>, жжет <input type="checkbox"/>, давит <input type="checkbox"/> другое (написать) _____</p> <p>Боль в грудной клетке отдает: в левую руку <input type="checkbox"/> в правую руку <input type="checkbox"/> в шею <input type="checkbox"/> никуда не отдает <input type="checkbox"/></p> <p>Боль в грудной клетке длится: _____ минут _____ часов _____ дней</p> <p>Помогает ли нитролицерин, нитроспрей: <input type="checkbox"/> не знаю, <input type="checkbox"/> нет, <input type="checkbox"/> да, если «Да», то через какой промежуток времени: _____</p>
2.	Перебои в работе сердца и/или сердцебиения	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<p>Укажите свой пульс, если Вы его считали: ___ уд/мин</p> <p>Перебои/сердцебиения возникают: при движении <input type="checkbox"/>, в покое <input type="checkbox"/>, при нервных нагрузках <input type="checkbox"/>, в любое время <input type="checkbox"/></p> <p>Как часто возникают перебои/сердцебиения: ___ раз в день <input type="checkbox"/>, в неделю <input type="checkbox"/>, в месяц <input type="checkbox"/>, в год <input type="checkbox"/></p> <p>Перебои/сердцебиения длятся: _____ минут, _____ часов, _____ дней</p>

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 12 из 15

			От чего проходят перебои/сердцебиения: самостоятельно <input type="checkbox"/> прекращаются после приема лекарств <input type="checkbox"/> , каких: _____ требуют вызова скорой медицинской помощи и/или госпитализации <input type="checkbox"/>
3.	Одышка	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Одышка возникает: при движении <input type="checkbox"/> , в покое <input type="checkbox"/> , при нервных нагрузках <input type="checkbox"/> при других условиях (написать) _____
4.	Отеки ног	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
5.	Головокружения	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	

15. У Вас есть хронические заболевания? Нет Да, - если «Да», то перечислите их
ниже

16. Опишите свою основную (самую важную) жалобу

17. Есть ли еще что-то важное, что Вы хотели бы сообщить о себе?

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г.


Я подтверждаю, что указанная мной информация верна.

ФИО _____

Подпись _____


ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 13 из 15

7. Противопоказания для плановой госпитализации несовершеннолетних

	<p>ФГБУ «НМИЦ ТО им Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru</p>
<p align="center">Противопоказания для плановой госпитализации несовершеннолетних</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хронические заболевания в стадии декомпенсации или отсутствие заключения узкого специалиста при наличии хронического заболевания • Проведенная менее чем за 4 недели до госпитализации вакцинация или ревакцинация • Наличие язвы и/или эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС • Уровень гемоглобина ниже 110 г/л при планируемом оперативном вмешательстве на позвоночнике, уровень гемоглобина ниже 115 г/л при планируемом оперативном лечении крупных суставов • Перенесённые ОРВИ (менее 2 недель после выздоровления), пневмонии (менее 1 месяца после выздоровления), перенесенного COVID-19 (менее 2 месяцев), выявление повышения температуры тела до 37,5°C и выше на момент госпитализации • Наличие гнойных, грибковых, вирусных (в т.ч., герпес) воспалительных заболеваний кожных покровов, обострение псориаза • Жизнеугрожающие нарушения ритма сердца и проводимости (анамнез фибрилляции желудочков, наличие устойчивой желудочковой тахикардии, АВ-блокады 2-3-степени, симптоматическая дисфункция синусового узла, асимптомные паузы продолжительностью 6 сек и более, ритмы с ЧСС менее 40 уд/мин в активное время суток), по поводу которых ранее не было госпитализации в стационар кардиологического профиля, или которые выявляются при обращении) • Некорригированные врожденные пороки сердца без консультации кардиолога • ФВ ЛЖ менее 50% по данным ЭхоКГ • Неконтролируемая артериальная гипертензия (уровень артериального давления (АД) 140/90 мм рт.ст. и выше) при отсутствии обследования (уточнения диагноза) при повышении АД • Выявленный острый артериальный или венозный тромбоз, перенесенная ТЭЛА (менее 3-х месяцев после постановки диагноза) 	

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 14 из 15

8. Противопоказания для плановой госпитализации

	<p>ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н. Н. Приорова» Минздрава России 127299 г. Москва, ул. Приорова, д. 10 115172 г. Москва, Новоспасский пер., д. 9 Контакт-центр: +7 (495) 744-40-10 hospital@cito-priorov.ru</p>
Противопоказания для плановой госпитализации	
<ul style="list-style-type: none"> • Инфаркт миокарда давностью до 60 суток; • Нестабильная стенокардия; • Стенокардия напряжения III-IV ФК; • Острая сердечная недостаточность и декомпенсация ХСН; • Жизнеугрожающие нарушения ритма сердца и проводимости (анамнез фибрилляции желудочков, наличие устойчивой желудочковой тахикардии, АВ-блокады 2-3-степени, симптоматическая дисфункция синусового узла, асимптомные паузы продолжительностью 6 сек и более, ритмы с ЧСС менее 40 уд/мин в активное время суток), по поводу которых ранее не было госпитализации в стационар кардиологического профиля, или которые выявляются при обращении) • Клапанные пороки сердца тяжелой степени • Некорригированные врожденные пороки сердца • Наличие легочной гипертензии умеренной и тяжелой степени (СДЛА 50 мм рт.ст. и более по данным ЭхоКГ) • Снижение ФВ ЛЖ по данным ЭхоКГ менее 50% • Повышение АД 180/110 мм рт.ст. и выше, по поводу которого медикаментозная терапия на момент госпитализации не назначена или неадекватна • Перенесенный инсульт давностью менее 6 месяцев • Выявленный острый артериальный или венозный тромбоз, перенесенная ТЭЛА (менее 3-х месяцев после постановки диагноза) • Хронические заболевания в стадии декомпенсации или отсутствие заключения узкого специалиста при наличии хронического заболевания • Проведенная менее чем за 4 недели до госпитализации вакцинация или ревакцинация • Наличие язвы и/или эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС • Уровень гемоглобина ниже 120 г/л (кроме пациентов 5-го отделения) при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии, у пациентов с уровнем гемоглобина менее 120 г/л и тяжелой сопутствующей патологией вопрос о планируемой госпитализации решается индивидуально • Перенесённые ОРВИ (менее 2 недель после выздоровления), пневмонии (менее 1 месяца после выздоровления), перенесенного COVID-19 (менее 2 месяцев), выявление повышения температуры тела до 37,5°C и выше на момент госпитализации (кроме пациентов 5-го отделения) • Наличие острых гнойных, грибковых, вирусных (в т.ч., герпес) воспалительных заболеваний кожных покровов и слизистых, декомпенсации хронических кожных заболеваний (например, обострение псориаза) <p><i>Примечание: для пациентов 5-го отделения решение вопроса госпитализации при согласовании с заведующим профильным отделением</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Морбидное ожирение (ИМТ более 40 кг/м²) для планового эндопротезирования коленного или тазобедренного суставов 	

ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России	Порядок плановой госпитализации пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	№ _____ от _____
		Страница 15 из 15

- При приёме антитромботической терапии (ацетилсалициловая кислота, тикагрелор, клопидогрел, прасугрел, варфарин, ривароксабан, дабигатран, апиксабан, эдоксабан) отсутствует консультация специалиста с рекомендациями по отмене и возобновлению терапии в периоперационном периоде
- При приёме генно-инженерных биологических и/или цитостатических препаратов отсутствует консультация специалиста с рекомендациями по отмене и возобновлению терапии в периоперационном периоде
- Неадекватный прием лекарственных препаратов, рекомендованный на догоспитальном этапе врачами узкими специалистами, в том числе несвоевременная отмена антитромботической терапии, ингибиторов НГКТ-2