

Ф.И.О.

Дата госпитализации:

Операция: **Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ со стентированием)**

Специалисту, оформляющему документы (территориальная поликлиника, стационар) необходимо:

1) Подготовить пакет документов для оформления квоты в управлении здравоохранения и передать в управление здравоохранения:

- Заключение, полученное в НИИ КПССЗ;
- Копии паспорта, страхового полиса ОМС, страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
- Выписку из амбулаторной карты о хронических заболеваниях, зарегистрированных у пациента и подтверждающих основное заболевание.

2) Подготовить пакет документов для госпитализации в НИИ КПССЗ

- **направление по форме 057/у-04** в НИИ КПССЗ (не в ГБУЗ КО «КОККД им акад. Л.С. Барбараша»);
- **выписка из протокола комиссии ОУЗ** (местного органа управления здравоохранением)
- **заполненный «эпикриз»** (форма ниже) с печатями врача и учреждения.

3) К назначенной дате плановой госпитализации провести необходимый объем исследований и консультаций и предоставить пациенту последнюю пленку ЭКГ.

Перечень необходимых исследований:

№	Вид исследования	Давность
1	Общий анализ крови с формулой	15 дней
2	Общий анализ мочи	15 дней
3	Биохимический анализ крови: глюкоза, калий, натрий, креатинин, мочевины, общ. билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, общий белок, общий холестерин.	15-30 дней
4	Кал на яйца гельминтов и простейшие	15 дней
5	Свертывающая система крови: ПТИ, МНО	15 дней
6	Группа крови, резус фактор	1 месяц
7	Анализ крови на сифилис – RW	1 месяц
8	Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, A-HCV-IgG)	1 месяц
9	Анализ крови на ВИЧ	1 месяц
10	Электрокардиограмма	1 месяц
11	Эхокардиография (давность не более 6 месяцев при отсутствии ИМ за этот период)	6 месяцев
12	Рентгенография ОГК (флюорограмма)	12 месяцев
13	Фиброгастродуоденоскопия	1 месяц
14	Заключение врача терапевта участкового об отсутствии противопоказаний к плановой госпитализации	15 дней
15	При наличии сопутствующей патологии – заключения узких специалистов	6 месяцев

Город (территория) _____

МО _____

ЭПИКРИЗ

Перед чрескожным коронарным/периферическим вмешательством в отделении ХЛСНРСиЭКС
НИИ КПССЗ г. Кемерово

Ф.И.О. пациента, возраст _____

рост _____ см вес _____ кг

Диагноз: _____

Непереносимость (побочное действие) лекарственных препаратов. При наличии непереносимости
йодсодержащих веществ заключение аллерголога (с премедикацией и допуском к процедуре):

Результаты обследования:

Общий анализ крови от «__» _____ 20__ г.			Биохим. иссл. крови от «__» _____ 20__ г.					дата
СОЭ		мм/час	Глюкоза		ммоль/л	Гр. крови		
Нб		г/л	Креатинин		ммоль/л	Rh фактор		
Лк		$\times 10^{12}/л$	Мочевина		м/моль/л	HBsAg*		
Эритр.		$\times 10^9/л$	К		м/моль/л	A-HCV-IgG*		
Б			Na		м/моль/л	ВИЧ*		
Э			О.холестерин		м/моль/л	RW		
П			О.билирубин		м/моль/л	ПТИ		
С			прямой		м/моль/л	МНО		
Л			АСТ		е/л	*- давность не более 1 месяца;		
М			АЛТ		е/л			
Тромб-ты		$\times 10^9/л$						

Анализ мочи от «__» _____ 20__ г. (давность не более 15 дней):

цвет	прозр	Уд.вес	pH	белок	сахар	слизь	L	Эр	Эп.пл	Бакте рии	Соли
				г/л			в п/зр	в п/зр	в п/зр		

ЭКГ от «__» _____ 20__ г (давность не более 30 дней, пленка и заключение)
Ритм синусовый (ФП, ТП), с ЧСС _____ в мин.

ЭХО-КГ «__» _____ » 20__ г. (давность не более 6 месяцев при отсутствии ИМ за этот период)

Отделы сердца			Отделы сердца:
ЛП		см	Зоны гипо-,акинезии:
ЛЖ КДР-КСР		см	Аневризма ЛЖ (да, нет)
ЛЖ КДО-КСО		см	Тромб в полости сердца (да, нет)
МЖП		см	МК –
ЗСЛЖ		см	АК –
ПП		см	ТК –
ПЖ		см	КЛА-
Ао		мл	ДЛА ср. – _____ мм.рт.ст
ФВ		%	Заключение: сократительная способность миокарда ЛЖ (удовлетворительная, снижена, выражено снижена).

Р-графия ОГК (флюорограмма) от «__» _____ 20__ г. (давность не более 12 месяцев)

ФГДС от «__» _____ » 20__ г. (давность не более 1 месяца)

Заключение терапевта и узких специалистов, при наличии сопутствующих заболеваний, об отсутствии противопоказаний к плановому хирургическому лечению (при наличии непереносимости йодсодержащих препаратов – заключение аллерголога)

Н.В. При отсутствии данных обследования и заключений специалистов, отклонении от нормы в результатах анализов и нарушении сроков их исполнения, в госпитализации на указанную дату будет отказано, дата будет перенесена на не определенный срок, при наличии свободных мест на данную процедуру!

Леч. врач _____
«__» _____ 20__ г. печать

Зав отделением _____
«__» _____ 20__ г. печать