



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем  
сердечно-сосудистых заболеваний»  
(НИИ КПССЗ)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата госпитализации: \_\_\_\_\_

Оперативное вмешательство: **Каротидная эндартерэктомия**

**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 «КККД им. академика 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 каротидной эндаартерэктомией в кардиохирургическое отделение №1 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)

<b>Отделы сердца</b>			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		%	<b>Заключение:</b> 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)**

---

---

---

---

---

**Внимание! 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!**

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. печать

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. печать