

**Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)**

**Государственное автономное учреждение**

**Республики Саха (Якутия) «Якутская республиканская**

**офтальмологическая клиническая больница»**

**(ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»)**

ул.Свердлова д.15, Якутск, 677005. (4112)45-99-56, 45-99-53

ОКПО 01960423, ОГРН 1031402027777, ИНН/КПП 1435039862/143501001

[www.Уrokb.ru](http://www.Уrokb.ru), e-mail: yarob2008@mail.ru

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«20» апреля 2018г №**

Руководителям ,

врачам офтальмологам

**«Информация о требованиях при направлении**

**в ГАУ РС (Я) «Якутская республиканская**

**офтальмологическая клиническая больница»**

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РС (Якутия) от 05.10.2016 года №01-07/2188 «О расширении функции Единого медицинского диспетчерского центра с проебразованием в Единый центр поддержки и сопровождения пациентов» и Приказа Министерства здравоохранения РС (Якутия) от 27.02.2018 года №01-07/246 «Об увеличении доли граждан, использующих механизм получения государственной услуги в электронной форме «запись на прием к врачу, отмена и просмотр записи»; в  **целях качественного и своевременного оказания специализированной офтальмологической помощи пациентам,** ГАУ РС (Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница» доводит до сведения руководителей лечебно-профилактических учреждений РС (Я), что прием пациентов проводится **строго по направлению** **(приложение №1) через ИС «Медведь» .**

Просим довести информацию до всех исполнителей.

Главный врач А.Н.Назаров

Исполнитель Ильина Т.П.

ОМО (45-90-74)

**Приложение №1 к приказу**

**№ 03-1/281 от 29 марта 2018г.**

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**в ГАУ РС (Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Паспорт (№, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Страховой полис: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № договора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № полиса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
до какого срока действителен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

5. СНИЛС (пенсионное свидетельство) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Домашний адрес (по паспорту) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Адрес в г.Якутске \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Диагноз основной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы:**

**Анамнез болезни:**

**Состояние глаз на «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_ г.:**

**Visus OD(с коррекцией) = Visus OS(с коррекцией) =**

**Скиаскопия OD OS Периметрия OS OD**

**Тонометрия: ВГД OD = ВГД OS =**

**Суточная тонометрия:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **дата** | **утро** | | **вечер** | |
| **OD** | **OS** | **OD** | **OS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Объективное состояние глаз на «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.:**

**OD:** Веки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Конъюнктива\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Роговица (прозрачная, помутнение, рубец) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передняя камера (равномерная, неравномерная, средняя глубокая, мелкая)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Влага (прозрачная, гифема)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Радужка (норма, атрофия стромы, пигментного листка, рубеоз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пигментная кайма (деструкция частичная, полная) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Синехии (передние, задние) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зрачок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хрусталик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стекловидное тело (прозрачное, деструкция частичная, полная)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Глазное дно: ДЗН (розовый, бледно-розовый, бледный, гиперемированный, серый, белый, отечный, круглый, овальный) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Границы (четкие, стушеванные) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Макулярная область (норма, отек, дегенерация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OS:** Веки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Конъюнктива\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Роговица (прозрачная, помутнение, рубец) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передняя камера (равномерная, неравномерная, средняя глубокая, мелкая)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Влага (прозрачная, гифема)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Радужка (норма, атрофия стромы, пигментного листка, рубеоз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пигментная кайма (деструкция частичная, полная) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Синехии (передние, задние) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зрачок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хрусталик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стекловидное тело (прозрачное, деструкция частичная, полная)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Глазное дно: ДЗН (розовый, бледно-розовый, бледный, гиперемированный, серый, белый, отечный, круглый, овальный) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Границы (четкие, стушеванные) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Макулярная область (норма, отек, дегенерация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Перечень клинико-диагностических исследований,**

**проводимых при плановом направлении пациентов**

**на амбулаторное обследование в ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Срок действия | Дата | Расшифровка |
| Микроскопическое исследование кала на яйца глистов по Като | 3 мес. |  |  |
| Исследование крови на сифилис экспресс методом | 6 мес. |  |  |
| ФЛГ или Рентгенография легких с описанием | 1 год |  |  |

**При направлении пациента** **на амбулаторную операцию**:

полностью заполненное направление, клинический минимум: ФЛГ (до 1 года), (кровь на МР, кал на гельминты по Като, HB-sAg, свертываемость и длительность кровотечения) – действительны до 30 дней.

Амбулаторные операции проводятся по ОМС в дневном стационаре при поликлинике ЯРОКБ.

**Перечень клинико-диагностических исследований,**

**проводимых при направлении пациентов**

**на плановую госпитализацию в офтальмологическое отделение**

**ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Срок действия | Дата | Расшифровка |
| Общий анализ крови | 14 дней |  | **Эр Л Нв СОЭ**  **п/я с/я л м** |
| Общий анализ мочи | 1мес. |  | **Кол-во цвет прозрачность**  **рН уд.вес белок эр. Лейк.** |
| Микроскопическое исследование кала на яйца глистов по Като | 3 мес. |  |  |
| Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи с перианальных складок на яйца остриц по Грэхам | 1год. |  |  |
| Анализ крови биохимический | 1мес. |  | **Бил.общ. прямой непрям. Общ.Хол АЛТ АСТ Мочевина креатинин** |
| Исследование крови на глюкозу | 1мес. |  |  |
| Исследование крови на сифилис экспресс методом | 6 мес. |  |  |
| Группа крови | - |  | **Группа крови резус фактор** |
| Исследование сыворотки крови на С-реактивный белок | 1 |  |  |
| Исследования крови на гепатит (Нbc Ag) | 6 мес. |  |  |
| Исследования крови на гепатит С (анти-НСV) | 6 мес. |  |  |
| ИФА антитела на ВИЧ инфекцию | 6 мес. |  |  |
| 2х кратная вакцинация от кори или положительного титра АТК кори (до 55 лет) | Неогранич. |  |  |
| Рентгенография пазух носа (снимки) с описанием | 1 год. |  |  |
| ФЛГ или Рентгенография легких с описанием | 1 год |  |  |
| Расшифровка описания и интерпретация данных ЭКГ | 1 мес. |  |  |
| Заключение врача оториноларинголога об отсутствии противопоказаний к проведению офтальмологической операции | 1 мес. |  |  |
| Заключение стоматолога (о полной санации полости рта) | 1 мес. |  |  |
| Заключение врача терапевта (врача кардиолога, врача эндокринолога – при наличии соматической патологии) об отсутствии противопоказаний к офтальмологической операции | 1 мес. |  |  |
| Заключения других специалистов (при наличии соматических заболеваний) | 1 мес. |  |  |

**Цель направления:** консультация, оперативное лечение, подготовка к направлению в МСЭК (нужное подчеркнуть) другие цели \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Лечащий врач** (Ф.И.О., подпись, личная печать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Наименование ЛПУ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП Дата заполнения: