



Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия)
«Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»
(ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ»)

ул. Свердлова 15, Якутск, 677005, тел./факс (4112) 45-99-56
ОКПО 01960423, ОГРН 1031402027777, ИНН/КПП 1435039862/143501001
www.yrokb.ru, e-mail: Yakutskophtcb@gov14.ru

« 16 » 07 2021 г. № 03-1/ 813

Руководителям медицинских
организаций,
врачам-офтальмологам
поликлиник

«О направлении пациентов на плановую госпитализацию»

Уважаемые коллеги!

ГАУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница» информирует Вас, о том что участились случаи направления пациентов *без необходимых анализов и обследований специалистов* (особенно **терапевта !**, оториноларинголога, стоматолога и т.д. по соматическим заболеваниям пациента), что замедляет госпитализацию в круглосуточный и дневной стационары больницы. Это в свою очередь приводит к многочисленным жалобам пациентов на удлинение сроков госпитализации.

Что бы решить этот вопрос, руководством больницы было решено рекомендовать врачам-офтальмологам поликлиник проинформировать всех своих пациентов, направляющихся на плановую госпитализацию, о приезде за 2 дня до назначенной даты госпитализации, *со свежими лабораторными анализами и с консультациями специалистов* (терапевта, оториноларинголога, стоматолога и т.д. по соматическим заболеваниям пациента) и обязательно с направлением в бумажном виде, со всеми подписями и печатями.

Приложение:

1. Перечень лабораторно-диагностических исследований и консультаций специалистов, направляемых на госпитализацию в офтальмологический дневной стационар и офтальмологическое отделение;
2. Шаблон консультации терапевта.

С уважением,
Главный врач:

И.П. Луцкан

Перечень лабораторно-диагностических обследований и консультаций специалистов, направляемых на плановую госпитализацию в офтальмологический дневной стационар и офтальмологическое отделение в ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ»

ФИО больного: _____

Диагноз при направлении: _____

Клинический минимум амбулаторного обследования:

	Срок действия	Дата	Расшифровка
Общий анализ крови	14 дней		Эр - Л - Нв - СОЭ тромбоциты с/я л ретикулоциты м
			Эр - Л - Нв - СОЭ тромбоциты с/я л ретикулоциты м
Общий анализ мочи	1 мес.		Кол-во - цвет - Прозрачность рН - Уд.вес - белок - Эр. - лейкоц. -
			Кол-во - цвет - Прозрачность рН - Уд.вес - белок - Эр. - лейкоц. -
Микроскопическое исследование кала на яйца глистов по Като	3 мес.		
Анализ крови биохимический	1 мес.		Бил. общ. - Прямой - непря. - Общ.белок - АЛТ - АСТ - Мочевина - креатинина - альбумин -
			Бил. общ. - Прямой - непря. - Общ.белок - АЛТ - АСТ - Мочевина - креатинина - альбумин -
Исследование крови на глюкозу	1 мес.		
Исследование крови на сифилис экспресс методом	6 мес.		
Группа крови	неограниченно		Группа крови резус фактор
Исследование сыворотки крови на гепатит (HbsAg)	6 мес.		
Исследование сыворотки крови на гепатит С (анти-НСV)	6 мес.		
ИФА на антитела ВИЧ инфекции	6 мес.		
2-х кратная вакцинация от кори или положительного титра АТ к кори (до 55 лет)	неограниченно		
ПЦР на COVID-19	7 дней		
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 терапевта (врача кардиолога, врача-эндокринолога- при наличии соматической патологии) об отсутствии противопоказаний к офтальмологической операции	1 мес.		
Заключение других специалистов (при наличии соматических заболеваний) о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства	1 мес.		
Пациенты страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины	1 мес.		

Лечащий врач: (Ф.И.О., подпись, личная печать) _____

Дата заполнения: _____

МП

Заключение врача – терапевта

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Заключение и рекомендации (полный диагноз с указанием МКБ -10):

Сопутствующие заболевания: _____

Информация о перенесенном заболевании по коронавирусной инфекции COVID-19:

_____ (указывается переболел/не переболел)

_____ (даты госпитализации/амбулаторного лечения)

Информация по вакцинации от COVID-19*:

_____ (даты вакцинации первого и второго этапа)

Принимаемы лекарства (если имеется)* _____

Лечащий врач: _____ (Ф.И.О. врач)

(подпись)

М.П.

*рекомендуется проводить плановую оперативную помощь только через месяц после вакцинации

*указываются все лекарственные средства, которые принимает пациент на постоянной основе. При направлении на госпитализацию пациентам рекомендуется иметь эти лекарства на руках.