

**ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ В КЛИНИКЕ КОНСТАНТА (ПАЦИЕНТ МЛАДШЕ 15 ЛЕТ)**

Забронируйте дату операции **до начала обследования!**

**За 7 дней** до назначенной даты операции подготовьте **все результаты обследований** для консультации с анестезиологом и **направьте на электронный адрес отдела планирования k102@constanta-smr.ru.**

Отсутствие части перечисленных обследований может стать причиной переноса или отмены операции.

**СПИСОК ОБСЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

№	Название	Срок действия, условия
1.	Общий клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой + СОЭ	21 день
2.	Группа крови, резус-фактор	3 месяца
3.	Коагулограмма: АЧТВ, ПТИ, фибриноген	21 день
4.	Глюкоза, билирубин общий, АСТ, АЛТ, креатинин крови	21 день
5.	Кровь на RW, ВИЧ, HBs Ag (гепатит В), HCV (гепатит С)	3 месяца
6.	Общий анализ мочи	21 день
7.	Анализ кала на яйца глист (необогатенный)	21 день
8.	ЭКГ с описанием (при патологических изменениях на ЭКГ - заключение кардиолога с допуском к операции)	21 день
9.	Консультация стоматолога	1 месяц
10.	Выписка прививок или прививочный сертификат со сведениями о пробе Манту за весь период и текущий год	Бессрочно
	При отсутствии пробы Манту предоставить результат «Диаскинтест» или результат рентгенографии органов грудной клетки	1 год
11.	Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными	3 дня
12.	Справка о присвоении инвалидности	При наличии инвалидности
13.	Заключение педиатра с оценкой результатов всех исследований, указанием массы и роста ребенка ООО «Клиника КОНСТАНТА»	По результатам обследований
14.	Консультация анестезиолога ООО «Клиника КОНСТАНТА»	По результатам обследований

**ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЛИЦ**

1.	Флюорография или рентгенография органов грудной клетки	1 год
----	--	-------

**КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ЗАПРОСУ ВРАЧА**

<input type="checkbox"/>	эндокринолог	<input type="checkbox"/>	пульмонолог	<input type="checkbox"/>	кардиолог	<input type="checkbox"/>	аллерголог	<input type="checkbox"/>	оториноларинголог (с заключением)
--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------------------------

За 6 часов до операции **прекратить прием пищи**, за 4 часа **прием жидкости**.

При наличии **пищевой аллергии или непереносимости** – сообщите об этом менеджеру отдела планирования при записи на операцию.

**Взять с собой на операцию:**

- оригиналы исследований и заключения специалистов, заверенные печатью лечебного учреждения;
- свидетельство о рождении, паспорт сопровождающего лица;
- сменную одежду и обувь (халат, пижама или спортивный костюм, тапочки или сланцы);
- предметы личной гигиены.

**Детям до 6 лет** рекомендуем взять 1 подгузник.

Назначил \_\_\_\_\_ (подпись врача)

Ознакомлен \_\_\_\_\_ (подпись Законного представителя)