

ГБУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА г. Краснодара» МЗ КК
350012, г. Краснодар, ул. им. Академика Лукьяненко П.П., дом 97, тел./факс.(861)222-74-09,
e-mail: detgb1@kmivc.ru; detgb1u2@kmivc.ru
ОКПО 34964778, ОГРН 1032304934551, ИНН/КПП 2309081785/231101001

ЛИСТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Пациент _____ год рождения _____
Диагноз _____

Нуждается в госпитализации в _____ отделение ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» МЗ КК

Дата Вашей госпитализации _____

При плановой госпитализации необходимо иметь при себе

Для детей:

1. Направление на госпитализацию с места жительства (форма № 057/у-04), с указанием жалоб, анамнеза, проведенном лечении и обследовании (оформляет участковый педиатр), подписанное лечащим врачом, а также заведующим отделением и заверенная личной печатью лечащего врача и печатью учреждения.

2. Свидетельство о рождении (паспорт) ребенка, страховой полис ребенка (оригиналы и ксерокопии).

3. Справка о профилактических прививках и реакции Манту (за все годы – ф 063-4).

4. Справки об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства и из детского учреждения (ясли, сад, школа, среднее профессиональное учебное заведение, ВУЗ и прочие учебные заведения) действительны не более 3-х дней.

5. Результат анализа кала на яйца глистов и соскоба на энтеробиоз (действительны 10 дней)

6. Осмотр на чесотку и педикулез (действителен 3 дня).

7. Результат анализа кала на кишечную группу – для детей до 2-х лет (действительны 14 дней).

8. Данные флюорографии (действительна 1 год) и результат анализа крови на МОР (действителен 1 месяц) - для детей с 15 лет.

Для родителей и сопровождающих лиц, госпитализируемых по уходу за ребенком:

1. Заключение фтизиатра (флюорография/рентгенография органов грудной клетки действительна 1 год).

2. Анализ кала на кишечную группу с детьми до 2-лет (действителен 14 дней).

3. Результат анализа крови на МОР (действителен 1 месяц).

При госпитализации в стационар круглосуточного пребывания необходимо иметь сменную обувь, одежду, предметы личной гигиены, жидкое мыло с дозатором, полотенце, 1-2 игрушки, подвергающиеся обработке (пластик, резина).

При госпитализации в стационар дневного пребывания необходимо иметь полотенце, простынь, сменную обувь. **Внимание родителей!** Детям, находящимся на дневном стационаре, питание не предоставляется.

ПРИ ОТСУТСТВИИ ОДНОГО ИЗ ДОКУМЕНТОВ И ПРИ НАЛИЧИИ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО.

Контактный телефон отделения 8(861) _____

Ф.И.О. врача (медицинской сестры), выписавшего лист госпитализации _____

Дата _____

Подпись родителей _____