   г. Владивосток, проспект 100- летия

 Владивостока, 103, тел. (423) 244-55-55

e-mail:info@primamed-dv.ru

**Приглашение на плановую госпитализацию**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по поводу Вашего заболевания Вам рекомендовано хирургическое лечение по программе **ВМП, включенной в базовую программу ОМС.**

Приглашаем Вас на госпитализацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_числа к \_\_\_\_ часам.

При себе иметь:

1. **Направление на госпитализацию по форме 057у-04 из поликлиники, к которой Вы прикреплены** в ООО «ПРИМАМЕД+»    (250839) (не позднее 1 месяца до планируемой операции).
2. **Выписка из медицинской документации** направившего лечебного учреждения, содержащая диагноз заболевания, код диагноза по МКБ, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной помощи.
3. Паспорт
4. Полис обязательного медицинского страхования (ОМС)
5. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС)
6. Копии всех выписных эпикризов, если вы лечились где-либо по любому поводу
7. ПЦР – тест на COVID-19 (определение РНК коронавирусаSARS –CoV-2) – годность 48 часов (с учётом даты забора).
8. Копии результатов лабораторных и инструментальных исследований (согласно ПЕРЕЧНЮ).

Для госпитализации необходимо явиться **в назначенное время.**

При себе иметь**:**

* удобную домашнюю одежду, которую легко надеть;
* тапочки на нескользкой подошве;
* предметы личной гигиены (шампунь, гель д/душа, дезодорант, мыло, зубная щетка и паста, расческа, прокладки);
* компрессионные чулки второй степени компрессии. Колготки не подойдут!
* медицинские препараты, которые Вы постоянно принимаете по назначению врача;
* зарядное устройство для мобильного телефона;
* книга, журнал (при желании).

ВАЖНО! Не рекомендуем брать с собой ценные вещи и ювелирные изделия, так как за их сохранность Администрация МЦ «ПРИМАМЕД+» ответственности не несет.

**ЕСЛИ ПО КАКИМ-ЛИБО ПРИЧИНАМ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ПРИЕХАТЬ ИЛИ ОПАЗДЫВАЕТЕ – УБЕДИТЕЛЬНО ПРОСИМ ВАС СООБЩИТЬ НАМ ОБ ЭТОМ.**

Координатор по вопросам оказания ВМП  **–Гришина Ольга Витальевна**

 тел. 8914 334 39 69, vmp@primamed-dv.ru

**ВАШЕЗДОРОВЬЕ – НАШПРИОРИТЕТ!**

**PRIMAMED-DV.RU**

  г. Владивосток, проспект 100- летия Владивостока, 103 (здание Дома Молодежи)

Остановка общественного транспорта «Парк Победы»

 Единый Call- центртел. (423) 244-55-55

 Отделение эндоскопии тел. (432) 239-05-39

**ПЕРЕЧЕНЬ**

 *клинико-диагностических исследований,необходимых для плановой госпитализации пациентов в*

*МЦ «ПРИМАМЕД+» с целью оказания* ***ВМП*** *по профилю* **«Акушерство и гинекология»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Название исследования** | **Срок годности**  |
| 10 дней | 30дней | 3 месяца |
| Клинический анализ крови (гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты с лейкоцитарной формулой, СОЭ) | X |  |  |
| Общий анализ мочи | X |  |  |
| Группа крови и резус-фактор. *Результат исследования должен быть заверен оригинальным штампом и печатью медицинской организации. Штамп в паспорте значения не имеет.* | Бессрочно |
| Коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, ПТИ) | X |  |  |
| Биохимическиепоказатели крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, калий, натрий, глюкоза (*у пациентов с сахарным диабетом-гликированный гемоглобин)* | X |  |  |
| Мазок на флору и атипичные клетки | X |  |  |
| Анализ крови на сифилис с помощью комплекса серологических исследований: (РМП(или её аналоги)+ИФА с суммарными антителами или РМП(или ее аналоги)+РПГА)\*. *При положительном результате анализа обязательно справка из Кожно-венерологического диспансера по месту жительства****.*** | РМП -10 дней, РПГА-10 дней | ИФА – 30 дней |  |
| Анализ крови на маркеры вирусного гепатита Hbs-Ag (ИФА), aHCV(ИФА). *При положительном результате анализа обязательно иметь заключение инфекциониста об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и нахождению в стационаре.* |  | X |  |
| Кровь на ВИЧ. *При наличии в анамнезе ВИЧ-инфекции обязательно иметь заключение из Центра СПИД развернутые рекомендации специалиста по ведению пациента впослеоперационном периоде.* |  | X |  |
| Флюорография или рентгенография органов грудной полости |  |  | 1 год |
| ЭКГ     | X |  |  |
| УЗИ матки и придатков |  |  | X |
| Кольпоскопия |  |  | Х |
| Консультация терапевта, заключение об отсутствии противопоказаний к плановому лечению.  | X |  |  |
| ФГДС (фиброгастроскопия) с заключением об отсутствии эрозивных, язвенных и геморрагических поражений.*При наличии изменений – консультация гастроэнтеролога с проведением противоязвенной терапии с обязательным контролем ФГДС после лечения.* |  | Х |  |

|  |
| --- |
| \*Профилактическое (скрининговое серологическое обследование на сифилис населения (детского и взрослого) Приморского края проводится на основании приказаДЗПК № 18/10/828 от 12.08.2019«Об усилении мероприятий по раннему выявлению скрытых форм    сифилиса на территории Приморского края»**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ,**  **которые должны быть выполнены при наличии сопутствующих заболеваний и определенных показаний (ПОНАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА)** |
| **Название исследования** | **Срок годности** |
| 10 дней | 30 дней | 3 месяца |
| КТ органов грудной клетки  |  | Х |  |
| Цистоскопия  |  | Х |  |
| МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием  |  | Х |  |
| УЗИ сердца  |  | Х |  |
| УЗИ /КТ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря  |  | Х |  |
| Маммография / УЗИ молочных желез |  | Х |  |
| Колоноскопия |  | Х |  |
| УЗДГ вен нижних конечностей |  | Х |  |

***При наличии сопутствующих заболеваний обязательно заключение профильного специалиста*** о возможности оперативного лечения с развернутыми рекомендациями по ведению пациента в пред- и послеоперационных периодах ***– годность 30 дней.***

* *Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, гипофиза, надпочечников –* эндокринолог
* *Заболевания крови* – гематолог
* *Эпилепсия, ОНМК (в течение года)* - невролог
* *Ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца -* кардиолог
* ***Прием препаратов, разжижающих кровь***- гематолог / кардиолог / терапевт

**\*Результаты инструментальных и лабораторных исследований, заключения врачей специалистов необходимо представить в МЦ «ПримаМед+» за три дня до планируемой госпитализации (на электронную почту** **vmp@primamed-dv.ru** **либо WhatsApp 89143343969)**