|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Список лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для решения вопроса о госпитализации в отделение медицинской реабилитации** | | | | | |
| ***Анализы и обследования*** | Срок действия | | Примечания | | |
| Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты) | 10 дней | |  | | |
| Биохимия крови: |  | |  | | |
| АЛТ | 10 дней | |  | | |
| АСТ | 10 дней | |  | | |
| Глюкоза | 10 дней | |  | | |
| Креатинин | 10 дней | |  | | |
| Общий белок | 10 дней | |  | | |
| Мочевина | 10 дней | |  | | |
| Билирубин (общий, прямой) | 10 дней | |  | | |
| Холестерин | 10 дней | |  | | |
| Натрий | 10 дней | |  | | |
| Хлор | 10 дней | |  | | |
| Калий | 10 дней | |  | | |
| HBsAg | 3 месяца | |  | | |
| antiHCV | 3 месяца | |  | | |
| RW | 3 месяца | |  | | |
| ВИЧ | 3 месяца | |  | | |
| Группа крови, резус-фактор | бессрочно | |  | | |
| Для пациентов в возрасте до 55 лет включительно справка о вакцинации против кори или серологическое исследование крови на напряженность иммунитета к вирусу кори (наличие антител к вирусу кори IgG) и интерпретацией результата лабораторией, выполнившей исследование (положительно, сомнительно, отрицательно).  Прим. В случае сомнительного или отрицательного результата необходима вакцинация (при отсутствии противопоказаний), либо справка о медицинском отводе. |  | |  | | |
| Справка от инфекциониста при наличии перенесенных ранее инфекционных заболеваний | 1 месяц | |  | | |
| ***Исследования*** | | | | | |
| ЭКГ | 10 дней |  | | | |
| Пациентам с кардиальной патологией (перенесшим инфаркт миокарда, стентирование коронарных артерий, операции на сердце, с пороками сердца, с нарушениями сердечного ритма, принимающих антикоагулянты ) и всем пациентам старше 65 лет НЕОБХОДИМО проведение ЭХО-КГ | 1 месяц |  | | | |
| Обзорное рентгенологическое исследование органов грудной клетки. | 1 год |  | | | |
| Дуплексное сканирование вен нижних конечностей | 1 месяц | У маломобильных пациентов, которые ходят менее 4 часов в сутки, или пациентов, в анамнезе имеющих тромбоз вен нижних конечностей | | | |
| ***Документы для госпитализации:*** | | | | | |
| *1. Паспорт* | | | |  |  |
| *2. Полис ОМС* | | | |  |  |
| *3. СНИЛС* | | | |  |  |
| *4. Направление из поликлиники по месту жительства (форма 057/у-004) - для госпитализации по полису ОМС*  *5. Для медицинской помощи по ВМП необходимо наличие активного Талона на оказание ВМП в подсистеме мониторинга государственного задания.* | | | | | |