

## Перечень документов необходимых для госпитализации в стационар МЦ «ХАК»

*Отделение общей хирургии.*

*Хирургическое лечение узлового токсического зоба.*

**Заведующий отделением хирургии Ерманов Ернар Жоламанович, хирург общей практики, проктолог, к.м.н.**

**Контактный телефон: +7 707 135 2588**

| №  | Документы или результаты исследования   | Срок действия                   |
|----|---|---------------------------------|
| 1  | Документы, удостоверение личности копия и оригинал  |                                 |
| 2  | Направление и талон на госпитализацию   |                                 |
| 3  | Общий анализ крови  | 10 дней                         |
| 4  | Общий анализ мочи   | 10 дней                         |
| 5  | Биохимический анализ крови: общий белок, холестерин, печеночные пробы (АЛТ, АСТ, билирубин) сахар, креатинин, мочевины  | 10 дней                         |
| 6  | Анализ крови на реакцию Вассермана  | 3 месяца                        |
| 7  | Анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатита HbsAg, HCV  | 10 дней                         |
| 8  | Коагулограмма (фибриноген, ПТИ, МНО)  | 10 дней                         |
| 9  | Время свертываемости по Сухареву  | 10 дней                         |
| 10 | Определение группы крови и резус-фактора  | 3 месяца                        |
| 11 | Копрограмма   | 10 дней                         |
| 12 | Микрореакция  | 10 дней                         |
| 13 | Консультация онколога при (при узловом зобе)  | 6 месяцев                       |
| 14 | Тонкоигольная пункционная биопсия (при узловом зобе)  | 1 год                           |
| 15 | Определение уровня ТТГ, св.Т4, Т3   | 1 год, при токс. зобе<br>1 мес. |
| 16 | ЭКГ и описание  | 10 дней                         |
| 17 | ФОГК или рентгенография ОГК (описание)  | 6 месяцев                       |
| 18 | Заключение кардиолога об отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству.  | 10 дней                         |
| 19 | Заключение стоматолога о санации полости рта.   | 1 мес.                          |
| 20 | Заключение терапевта (других специалистов, при наличии хронических сопутствующих заболеваний с указанием диагноза, получаемой терапии) об отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству. | 10 дней                         |
| 21 | Осмотр ЛОР врача  | 1 месяц                         |
| 22 | Осмотр анестезиолога  |                                 |

**Отделение общей хирургии.  
Хирургическое лечение по поводу ЖКБ**

**Заведующий отделением хирургии Ерманов Ернар Жоламанович, хирург общей практики, проктолог, к.м.н.**

**Контактный телефон: +7 707 135 2588**

| №  | Документы или результаты исследования   | Срок действия не более |
|----|---|------------------------|
| 1  | Документы, удостоверение личности копия и оригинал  |                        |
| 2  | Направление и талон на госпитализацию   |                        |
| 3  | Общий анализ крови  | 10 дней                |
| 4  | Общий анализ мочи   | 10 дней                |
| 5  | Биохимический анализ крови: общий белок, холестерин, печеночные пробы (АЛТ, АСТ, билирубин) сахар, креатинин, мочевины  | 10 дней                |
| 6  | Анализ крови на реакцию Вассермана  | 3 месяца               |
| 7  | Анализ крови на ВИЧ, маркеры гепатита HbsAg, HCV  | 10 дней                |
| 8  | Коагулограмма (фибриноген, ПТИ, МНО)  | 10 дней                |
| 9  | Время свертываемости по Сухареву  | 10 дней                |
| 10 | Определение группы крови и резус-фактора  | 3 месяца               |
| 11 | Копрограмма   | 10 дней                |
| 12 | Микрореакция  | 10 дней                |
| 13 | Фиброгастродуоденоскопия  | 1 месяц                |
| 14 | ЭКГ и описание  | 10 дней                |
| 15 | УЗИ гепатодуоденальной зоны и ОБП   | 3 месяца               |
| 16 | ФОГК или рентгенография ОГК (описание)  | 6 месяцев              |
| 17 | Заключение кардиолога об отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству.  | 10 дней                |
| 18 | Заключение стоматолога о санации полости рта.   | 1 мес.                 |
| 19 | Заключение терапевта (других специалистов, при наличии хронических сопутствующих заболеваний с указанием диагноза, получаемой терапии) об отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству. | 10 дней                |
| 20 | Осмотр ЛОР врача  | 1 месяц                |
| 21 | Осмотр анестезиолога  |                        |