

ЧЕК-ЛИСТ (комплекс исследований предоперационный)

**при направлении гражданина на плановое стационарное лечение
в отделения хирургического профиля ГБУЗ ИОКБ**

Дата заполнения: ____ / ____ / 20 ____ г.

ФИО пациента: _____

ФИО врача и подпись: _____ Направляющая МО _____

1.	2.	3.	4.
Показатель	Срок годности	Частота предоставления/ Особые указания	Наличие +/- Дата проведения
Общий (клинический) анализ крови развернутый	не >10 дней	1,0	
Исследование уровня общего белка в крови	не >10 дней	1,0	
Исследование уровня альбумина в крови	не >10 дней	/при полостных операциях, операциях с потенциальным риском клинически значимой кровопотери, известной печеночной/почечной патологии	
Исследование уровня общего билирубина в крови	не >10 дней	1,0	
Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	не >10 дней	/при повышенных значениях общего билирубина / ЖКБ//известной печеночной патологии/гинекологических операциях	
Исследование уровня глюкозы в крови	не >10 дней	1,0	
Исследование уровня креатинина в крови		1,0	
Исследование уровня мочевины в крови	не >10 дней	/при повышенных значениях креатинина/известная почечная/печеночная патология	
Исследование уровня АСТ в крови	не >10 дней	/известная патология печени, гинекологические операции	
Исследование уровня АЛТ в крови			
Исследование уровня холестерина в крови	не >10 дней	/гинекологические операции	
Исследование уровня калия в крови	не >10 дней	/полостные операции, операции с потенциальным риском клинически значимой кровопотери, пациентам с сердечной, почечной, эндокринной патологией, нарушениями ритма	
Исследование уровня натрия в крови			
Исследование уровня фибриногена в крови	не >10 дней	1,0	
Определение протромбинового индекса в крови или в плазме		1,0	
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	не >10 дней	/полостные операции, потенциальный риск клинически значимой кровопотери, прием антикоагулянтов	
Определение МНО			

1.		2.	3.	4.
Показатель		Срок годности	Частота предоставления/ Особые указания	Наличие +/- Дата проведения
Исследование агрегации тромбоцитов		не >10 дней	/кардиохирургия, операции на сосудах, гинекологические операции, патология системы гемостаза, прием антикоагулянтов	
Развернутая коагулограмма				
Диагностика сифилиса	методом ИФА (реакция ИФА суммарный)	не >10 дней	1,0 для отделений: офтальмологического, нейрохирургического, кардиохирургического №1, гинекологического (беременные)	
	методом РМП			1,0 для прочих хирургических отделений
Анализ мочи общий		не >10 дней	1,0	
Определение группы крови и резус-фактора		только текущая госпитализация	1,0	
Определение антигена HBsAg Hepatitis B virus		не > 3 месяцев	1,0	
Определение антител HCV Hepatitis C virus			1,0	
Определение антител IgM, IgG к ВИЧ-1, ВИЧ-2			1,0	
Флюорография легких		не > 12 месяцев	1,0	
Регистрация электрокардиограммы, расшифровка		не > 10 дней	1,0	
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		не > 14 дней	1,0	
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога (для лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, для лиц старше 40 лет)			1,0	
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога (для мужчин старше 40 лет)			1,0	
Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога (для женщин)			1,0	
Прием (осмотр, консультация) врачей-специалистов (по показаниям)			1,0	
Кольпоскопия			не > 6 месяцев	/гинекологические операции
Цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки (РАР-тест)				
Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы		не > 14 дней		
Цитология влагалищных мазков				
Фиброгастроуденоскопия		не > 1 месяца	/кардиохирургия, операции на сосудах, полостные операции (гастрохирургия, торакальная хирургия, гинекология)	
Рентгенограммы поврежденного сегмента в 2-х проекциях и/или МСКТ, МРТ		не > 1 месяца	/травматология	

При отсутствии данных какого-либо анализа/исследования – указать объективную причину их невыполнения в графе 4.

ФИО врача КДП и подпись: _____ Дата _____