

ЧЕК-ЛИСТ (комплекс исследований)

**при направлении гражданина на плановое стационарное лечение
в отделения терапевтического 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 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 / печеночной патологии	
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, АЛТ в крови	не >10 дней	/известная патология печени	
Исследование уровня гликированного Нв в крови	не >1 месяца	/при сахарном диабете	
Исследование уровня калия, натрия в крови	не >10 дней	/сердечная, почечная, эндокринная патология	
Определение МНО	не > 10 дней	/прием антикоагулянтов	
Диагностика сифилиса методом РМП	не > 10 дней	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	не > 3 месяцев	/по согласию пациента	
Анализ мочи общий	не >10 дней	1,0	
Флюорография легких	не > 12 месяцев	1,0	
Регистрация электрокардиограммы, расшифровка	не > 10 дней	1,0	
Прием (осмотр, консультация) уролога (муж > 40 лет)	не > 1 месяца	1,0	
Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога		1,0	

ФИО врача КДП и подпись: _____ Дата _____