

**ЧЕК-ЛИСТ (комплекс исследований)**

**при направлении детей (0 до 18 лет) на плановое стационарное лечение  
в кардиохирургическое отделение №2 ГБУЗ ИОКБ**

Дата заполнения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ г.

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

ФИО врача и подпись: \_\_\_\_\_ Направляющая МО \_\_\_\_\_

1. Показатель	2. Срок годности	3. Наличие +/- Дата проведения
Общий (клинический) анализ крови развернутый	не >10 дней	
Исследование уровня общего белка в крови	не >10 дней	
Исследование уровня общего билирубина в крови	не >10 дней	
Исследование уровня глюкозы в крови	не >10 дней	
Анализ мочи общий	не >10 дней	
Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	не > 14 дней	
Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии и сальмонеллы (дети и сопровождающие их лица)	не > 14 дней	
Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации	не > 21 дней	
Выписка из формы 112 или ее копия	не > 14 дней	
Справка об эпидемиологическом окружении	не > 21 дней	
Нейросонография (первый год жизни)	не > 1 месяца	
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	не > 1 месяца	
Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога		
Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога		
Протоколы диагностических исследований и осмотров при первичной диагностике	не > 6 месяцев	

ФИО врача КДП и подпись: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_