

Документы и анализы на плановую госпитализацию ребенка с расстройством пищевого поведения

*Внимательно ознакомьтесь с памяткой. Это необходимо для организации госпитализации
Вашего ребенка в Центр*

При поступлении в **клинику расстройств пищевого поведения** необходимо иметь:
(ВНИМАНИЕ! На всех результатах анализов, исследований, справках, копиях медицинских документов должны присутствовать дата выдачи, подпись врача, печать и штамп медицинской организации, выдавшей документ!)¹

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ²:

- | | |
|--|---|
| 1. Анализ слюны из зева и носа на дифтерию (BL) | } <i>Данные анализы действительны в течение 10 дней с даты выполнения. Если срок действия данных анализов истекает в выходные дни (суббота, воскресенье), то в понедельник возможно поступление в стационар до 14:00.</i> |
| 2. Исследование кала на патогенную кишечную группу (сальмонеллы, шигеллы) (BD) | |
| 3. Анализ кала на яйца гельминтов | |
| 4. Соскоб на энтеробиоз | |
| 5. Анализ на сифилис ³ (комбинация одного из нетрепонемных тестов и одного из трепонемных тестов) | } <i>Данный анализ действителен в течение 12 месяцев</i> |

ДОКУМЕНТЫ:

1. Копия карты профилактических прививок (форма №063/у), либо копия сертификата о профилактических прививках (форма №156/у-93), либо справка от педиатра с указанием проведенных прививок. **Обязательно** указание сведений о вакцинации против **кори**⁴ по возрасту (с 1 до 6 лет однократно, старше 6 лет – 2-х кратно). При отсутствии прививки необходимо предоставить результаты анализа крови на наличие противокоревых антител, полученные в течение последнего года до госпитализации. При получении отрицательного или сомнительного результата необходимо вакцинироваться против кори минимум за 3 недели до госпитализации в Центр. Наличие абсолютных противопоказаний от профилактических прививок с указанием срока мед. отвода должно быть указано в справке от врача-педиатра из поликлиники по месту жительства.
2. Протокол ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия) с заключением гастроэнтеролога – со сроком давности не более 2 недель.
3. Если ребенок наблюдается гастроэнтерологом по м/ж либо перед госпитализацией находился в соматическом стационаре необходимо предоставить выписку с указанием диагноза, результатов обследования и лечения со сроком давности не более 1 месяца.
4. ЭКГ (электрокардиограмма) с заключением кардиолога со сроком давности не более 1 недели.
5. ЭхоКГ с заключением кардиолога со сроком давности не более 1 недели.
6. Консультация эндокринолога со сроком давности не более 1 месяца.
7. Результаты ежегодных проведенных проб Манту или результаты «Диаскинтеста»⁵ (результат пробы действителен в течение 1 года). При отсутствии пробы Манту или «Диаскинтест», а также при наличии виража туберкулиновых проб (**реакции Манту свыше 5 мм, положительном «Диаскинтесте»**) или туберкулеза в анамнезе необходимо предоставить **заключение врача-фтизиатра** с указанием, что ребенок может быть госпитализирован в стационар общего типа.

¹ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.12.2020 №1445 «Об утверждении Регламента направления и госпитализации детского населения в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия»».

² СанПиН 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

³ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2024 №365 «О совершенствовании организации раннего выявления сифилиса среди населения города Москвы».

⁴ СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», Постановление Главного государственного санитарного врача по г. Москве от 07.08.2017 №15 «О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий против кори в городе Москве», Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.08.2017 №599 «О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий против кори».

⁵ СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».



8. Справка от педиатра о состоянии здоровья, перенесенных инфекционных заболеваниях, отсутствии педикулеза. При наличии у ребенка хронического заболевания, необходимо иметь выписку от профильного специалиста с указанием диагноза, принимаемых препаратов и их доз.
9. Справка от профильного специалиста о непереносимости пищевых продуктов, с указанием диагноза.
10. Справка от педиатра об отсутствии инфекционных заболеваний по квартире за 21 день
11. Справка из медицинского кабинета детского сада или школы/колледжа/ВУЗа (с указанием класса/группы) об отсутствии инфекционных заболеваний по детскому саду или школе/колледжу/ВУЗу за 21 день
12. Справка учащегося с указанием № школы, класса и характеристика с указанием программы обучения
13. Страховой полис ребенка (оригинал и копия)
14. СНИЛС ребенка (оригинал и копия)
15. Свидетельство о рождении или паспорт – с 14 лет (оригинал и копия)
16. Справка об инвалидности (оригинал и копия) и ИПР (при наличии)
17. Форма №8 о постоянной регистрации в Москве (оригинал и копия)
18. Постановление об опеке (оригинал и копия) (при наличии)
19. Паспорт законного представителя ребенка (оригинал и копия)
20. Анамнестическая анкета (на сайте Центра www.suhareva-center.mos.ru, раздел «Родителям → Запись на госпитализацию»)

Справки действительны в течение 3 суток

При добровольной госпитализации ребенка в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» необходимо присутствие законного представителя ребенка.

Если ребенка сопровождает третье лицо, потребуется **нотариально оформленная доверенность от законного представителя на представление интересов несовершеннолетнего ребенка (не достигшего возраста 15 лет) в медицинских организациях.**

В случае возражения одного из родителей, необходимо иметь разрешение органов опеки и попечительства на госпитализацию ребенка в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Дополнительная информация

Уважаемые родители, плановая госпитализация будет отложена в следующих случаях:

1. При наличии у ребенка острой респираторно-вирусной инфекции, сопровождающейся кашлем, насморком, покраснением горла, повышением температуры тела, или при других инфекционных заболеваниях с кишечными или кожными проявлениями – до полного выздоровления.
2. При обострении сопутствующего хронического заболевания – до его стабилизации.
3. При отсутствии у ребенка результата любого анализа или справки из перечисленных выше. При отсутствии какой-либо справки (или неправильном ее оформлении) она должна быть запрошена Вами с места жительства (факсом или по электронной почте). Работники приемного отделения окажут содействие в ее получении.

При проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) и иных мероприятий, возможна замена лечебного отделения на альтернативное по терапевтическому профилю и/или смещение плановой госпитализации на более позднюю дату.

Пожалуйста, ознакомьтесь заранее с полной версией правил внутреннего распорядка ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», размещенного на сайте нашего Центра (0 Центре → Документы → Информация для пациентов).

Что необходимо знать законным представителям при госпитализации ребенка в отделения Центра:

1. В приемном отделении законные представители или сам пациент с 15 лет дает письменное информированное добровольное согласие на госпитализацию, на медицинское вмешательство (обследование и лечение), согласие на обработку персональных данных.
2. При поступлении в случае необходимости пациенту проводится санитарная обработка.
3. При госпитализации в Центр пациентам не разрешается брать с собой и передавать во время посещения ценные вещи, мобильные телефоны, планшеты, колющие/режущие предметы и другие предметы, запрещенные локальными документами лечебных отделений. В случае их пропажи, администрация ответственности не несет.
4. При необходимости оформления листка временной нетрудоспособности должен быть предоставлен оригинал паспорта и СНИЛС (обязательно).

Напоминаем о необходимости **ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОБЛЮДЕНИЯ** на территории Центра противоэпидемических мер.

С правилами госпитализации ознакомлен:

✓ «__» _____ 20__ года ✓ _____ / ✓ _____
(ФИО) (подпись)