



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

670031, РБ, г. Улан-Удэ, ул. Терешковой, 60, лиц. №Л041-01171-03/00327423 от 23.04.2020г.

телефон (301-2) 44-17-66, 55-21-41, e-mail: diamed2005@yandex.ru

Перечень необходимых анализов ДС ЦАХ

| № | Название анализа | Срок годности |
|----|--|---------------|
| 1 | ОАК (СОЭ, ВСК, ДК, лейкоцитарная формула, тромбоциты) | 10 дней |
| 2 | ОАМ | 10 дней |
| 3 | Соскоб на я/гл. | 10 дней |
| 4 | Б/х анализ крови (АСТ, АЛТ, общий белок, билирубин прямой, общий, креатинин, амилаза, глюкоза) | 14 дней |
| 5 | Коагулограмма (АЧТВ, ПТИ, ПТВ, МНО, Фибриноген) | 14 дней |
| 6 | Кровь на RW/УМСС (Сифилис) (с 15 лет) | 1 месяц |
| 7 | Диагностика ВИЧ (Ф-50) (с 15 лет) | 3 месяца |
| 8 | HbsAg (Гепатит В) | 3 месяца |
| 9 | HCV (Гепатит С) | 3 месяца |
| 10 | ФЛГ (с 15 лет) | 1 год |
| 11 | ЭКГ | 1 месяц |
| 12 | Заключение педиатра с результатами анализов | 1 месяц |

Для ухаживающих:

| № | Название анализа | Срок годности |
|---|------------------|---------------|
| 1 | ФЛГ | 1 год |

Памятка для поступающих в дневной стационар

1. В день проведения операции быть строго натощак (не пить, не есть). Вечером перед операцией легкий ужин.
При себе иметь:
2. Паспорт родителя, свидетельство о рождении ребенка/паспорт ребенка, СНИЛС родителя, амбулаторную карту, анализы, заключение от педиатра. Возможно открытие больничного листа на 4 дня, по м/ж можно продлить.
3. Сменную одежду, тапочки ребенку и сопровождающему.
4. Воду негазированную 1 л.
5. Выписка из дневного стационара в день проведения операции до 15.30