

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
МРТ ПОД НАРКОЗОМ!**

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН 8(843)237-30-27. Звонить с 13.00 до 14.00

Дата проведения МРТ исследования _____

Дата госпитализации _____ через приемный покой (терминал №2) с 12.00 до 14.00

1. Направление на госпитализацию в профильное отделение для проведения МРТ под наркозом. (ФОРМА 0/57У)
2. Медицинский полис ребенка (оригинал и копия), СНИЛС (оригинал и копия)
3. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка с 14 лет (оригинал и копия)
4. Паспорт одного из родителей (копия)
5. Выписка всех прививок и реакций Манту за все годы, при положительной последней пробы Манту **справка от фтизиатра**
6. ОАК + лейкоформула + свертываемость + длительность кровотечения (срок 7 дней)
7. ОАМ (срок 7 дней)
8. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина (срок годности 14 дней)
9. ЭКГ с описанием (срок 1 мес)
10. Заключение педиатра (срок 7 дней)
11. Заключение ЛОР (срок 7 дней)
12. Кал на я/гл (срок 7 дней), соскоб на яйца остриц, простейшие (срок 14 дней)
13. Детям до 2-х лет бак посев кала (срок 14 дней)
14. Детям старше 14 лет анализ крови на RW из вены (ИФА) + из пальца (РМП) (при госпитализации в отделения офтальмологии, неврологии, кардиология, оториноларингология, урологии, ЧЛХ, хирургия №1, хирургия №2, нейрохирургии, кардиохирургии, травматологии). (срок 30 дней),
15. флюорография детям от 15 лет и старше с описанием (срок 1 год).
16. Детям и ухаживающим : **Справка об отсутствии контакта с инфекциями 21 день. Берется в поликлинике на фильтре, садике, школе. Срок годности справки 3 дня.**
17. Маме или ухаживающему: RW (РМП) срок 30 дней) ; ФЛГ с описанием (срок 1 год)
18. Маме или ухаживающему с детьми до 2-х лет бак. посев кала (срок 14 дней)
19. Маме или ухаживающему - сведения о профилактических прививках против кори с обязательным указанием сведения об отсутствии контакта с больным корью.
20. Диск DVD-R

Дети под наркозом госпитализируются НАКАНУНЕ!!!

При отсутствии любой справки ребенок в стационар не оформляется!

ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ ПРЕДЫДУЩИЕ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ (СНИМКИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ) ЕСЛИ ПРОВОДИЛИ

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ АМБУЛАТОРНО

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН (843)237-30-27 ЗВОНИТЬ С 13:00 до 14:00 !!!

1. Медицинский страховой полис ребенка – оригинал+копия
2. СНИЛС ребенка – (оригинал и копия)
3. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка – оригинал+копия
4. Паспорт родителя – копия (фамилия, прописка)
5. Справка об отсутствии контакта с инфекциями 21 день. Берется в поликлинике на фильтре, садике, школе. Срок годности справки 3 дня.
6. Диск - DVD-R – 1 шт

При себе иметь предыдущие исследования по МРТ (снимки, заключения)

При себе иметь пеленку. Вход строго в бахилах (или вторая обувь)

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
РКТ ПОД НАРКОЗОМ!
КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН 8(843)237-30-53
ЗВОНИТЬ ПО ПОВОДУ ЗАПИСИ В СУББОТУ, ВОСКРЕСЕНЬЕ С 10.00 ДО 14.00**

1. Направление на госпитализацию в профильное отделение для проведения МРТ под наркозом. (ФОРМА 0/57У)
2. Медицинский полис ребенка, СНИЛС (оригинал и копия)
3. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка с 14 лет (оригинал и копия)
4. Паспорт одного из родителей (копия)
5. Выписка всех прививок и реакций Манту за все годы, при положительной последней пробы Манту **справка от фтизиатра**
6. ОАК + лейкоформула + свертываемость + длительность кровотечения (срок 7 дней)
7. ОАМ (срок 7 дней)
8. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина (срок годности 14 дней)
9. ЭКГ с описанием (срок 1 мес)
10. Заключение педиатра (срок 7 дней)
11. Заключение ЛОР (срок 7 дней)
12. Кал на я/гл (срок 7 дней), соскоб на яйца остриц, простейшие (срок 14 дней)
13. Детям до 2-х лет бак посев кала (срок 14 дней)
14. Детям старше 14 лет анализ крови на RW из вены (ИФА) + из пальца (РМП) (при госпитализации в отделения офтальмологии, неврологии, кардиология, оториноларингология, урологии, ЧЛХ, хирургия №1, хирургия №2, нейрохирургии, кардиохирургии, травматологии). (срок 30 дней),
15. флюорография детям от 15 лет и старше с описанием (срок 1 год).
16. Детям и ухаживающим : **Справка об отсутствии контакта с инфекциями 21 день. Берется в поликлинике на фильтре, садике, школе. Срок годности справки 3 дня.**
17. Маме или ухаживающему: RW (РМП) срок 30 дней) ; ФЛГ с описанием (срок 1 год)
18. Маме или ухаживающему с детьми до 2-х лет бак.посев кала (срок 14 дней)
19. Маме или ухаживающему - сведения о профилактических прививках против кори с обязательным указанием сведения об отсутствии контакта с больным корью.
20. Диск DVD-R

Дети под наркозом госпитализируются НАКАНУНЕ!!!

**При отсутствии любой справки ребенок в стационар не оформляется!
ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ ПРЕДЫДУЩИЕ РКТ ИССЛЕДОВАНИЯ (СНИМКИ И
ЗАКЛЮЧЕНИЯ) ЕСЛИ ПРОВОДИЛИ**

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ АМБУЛАТОРНО
КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН (843)237-30-53**

1. Медицинский страховой полис ребенка – оригинал+копия
2. СНИЛС ребенка – оригинал и копия
3. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка – оригинал+копия
4. Паспорт родителя – копия (фамилия, прописка)
5. Ребенку : Справка об отсутствии контакта с инфекциями 21 день. Берется в поликлинике на фильтре, садике, школе. Срок годности справки 3 дня.
6. Диск - DVD-R – 1 шт

**При себе иметь предыдущие исследования по РКТ (снимки, заключения)
При себе иметь пеленку. Вход строго в бахилах (или вторая обувь)**

Перечень документов необходимых для проведения МРТ или РКТ исследований с контрастным усилением АМБУЛАТОРНО

ТЕЛЕФОН ДЛЯ ЗАПИСИ НА МРТ 237-30-27 звонить с 13.00 до 14.00 ежедневно, кроме субботы и воскресенья!!!

ТЕЛЕФОН ДЛЯ ЗАПИСИ НА РКТ 237-30-53 звонить в субботу, воскресенье с 10.00 до 14.00!!!

1. Оформление амбулаторной карты пациента в регистратуре поликлиники №1 ДРКБ
2. Осмотр пациента врачом-педиатром со всеми анализами и справками в Дневном стационаре поликлиники №1 (2 этаж поликлиники №1)
3. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка (оригинал и копия)
4. Страховой медицинский полис ребенка (оригинал и копия)
5. СНИЛС ребенка (оригинал и копия)
6. Направление на РКТ или МРТ (должен предоставить доктор, который записывал на исследование)
7. Общий анализ крови с лейкоформулой, при наличии эозинофилов выше 5% консультация аллерголога по месту жительства, срок годности 10 дн.
8. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, срок годности 14 дней
9. Общий анализ мочи, срок годности 10 дн.
10. Справка об отсутствии контакта с инфекциями 21 день. Берется в поликлинике на фильтре, садике, школе. Срок годности справки 3 дня.
11. Детям старше 14 лет анализ крови на RW (экспресс метод), срок годности 30 дн.
12. Детям с 15 лет и старше флюорография с описанием «В лёгких без патологии», срок годности 1 год.
13. ПЕЛЕНКА, БАХИЛЫ ИЛИ ВТОРАЯ ОБУВЬ
14. Одежда должна быть без металлических включений, страза, блесток!!! Металлические предметы снимать (кольца, цепочки, заколки, невидимки, шпильки, серьги)
15. ДИСК DVD-R- 1шт .

НА ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПОДОЙТИ ЗА 2 ЧАСА НАЗНАЧЕННОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОФОРМЛЕНИЯ И УСТАНОВКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КАТЕТЕРА!!!

ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ ПРЕДЫДУЩИЕ МРТ ИЛИ РКТ ИССЛЕДОВАНИЯ (СНИМКИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ), ЕСЛИ ПРОВОДИЛИ ИМЕТЬ ПЕЛЕНКУ, ВТОРУЮ ОБУВЬ ИЛИ БАХИЛЫ

**Алгоритм подготовки пациентов к проведению
Рентгеновской компьютерной томографии
брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза**

1. Перед РКТ- исследованием 12 часовая голодная пауза.
2. За 8-12 часов проводится очистительная клизма (до чистых вод).
3. После проведения очистительной клизмы дать выпить пациенту приготовленный раствор из рентгеноконтрастного препарата, из расчета:
 - детям старше 12 лет - 20 мл развести в 500 мл кипяченой воды комнатной температуры, первый прием выпить 2/3 объема раствора, вечером сразу после очистительной клизмы. Второй прием: 1/3 объема раствора утром за 2 часа до исследования. После приема раствора, ребенка не кормить и не поить!
 - **новорожденные** - до 1 года - 1 мл контраста развести в кипяченой воде комнатной температуры в том количестве, которое сможет выпить ребенок в течение часа (примерно от 20 до 50 мл воды). Раствор выпить вечером сразу после очистительной клизмы. После приема раствора, ребенка не кормить и не поить! (Ребенок идет под наркозом).
 - от 1 года до 5 лет - 1 мл контраста на год жизни, развести в кипяченой воде комнатной температуры в том количестве, которое сможет выпить ребенок в течение часа (примерно от 50 до 150 мл воды). Раствор выпить вечером сразу после очистительной клизмы. После приема раствора, ребенка не кормить и не поить! (Ребенок идет под наркозом).
 - От 6 лет до 12 лет - 1 мл контраста на год жизни, развести в 400 мл кипяченой воды комнатной температуры. Первый прием выпить 2/3 объема раствора, вечером сразу после очистительной клизмы. Второй прием: 1/3 объема раствора утром за 2 часа до исследования. Если ребенок идет под наркозом, утренний прием раствора не давать!!! После приема раствора, ребенка не кормить и не поить!
- 4. Внимание!!! ЕСЛИ РЕБЕНОК ИДЕТ ПОД НАРКОЗОМ, УТРЕННИЙ ПРИЕМ РАСТВОРА НЕ ДАВАТЬ!!!**
5. На исследование явиться за 30 минут до назначенного времени. При себе иметь 1 литр сока без мякоти и посуду для питья (для детей без наркоза), пеленку.

При возникновении вопросов по подготовке к исследованию, обращайтесь по телефону 237-30-53.

Алгоритм подготовки пациентов к проведению магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости, органов малого таза

1. За 3-5 дней до исследования используется рацион без газообразующих продуктов: запрещено употреблять овощи, фрукты, воду с газом, лимонады и соки, всё мучное, молоко, бобовые, лук и чеснок, значительно ограничить сахар и простые углеводы (макароны, белый хлеб, пироги)
2. За 2 дня до исследования необходимо начать прием препарата Симетикон в стандартных дозировках:
Детям старше 6 лет – по 1 капсуле(40 мг) три раза в день;
Детям от 3 до 6 лет – жидкую форму Симетикона «Боботик» в стандартных дозах.
3. За 1 день до исследования к Симетикону подключается препарат Дротаверин:
детям до 6 лет - по 1 таб (40 мг) три раза в день;
детям старше 6 лет по 1 таб (40 мг) 4раза в день.
4. В день исследования: если МРТ запланировано ДО ОБЕДА, то приходим натощак, разрешается стакан чистой воды. Если МРТ запланировано ПОСЛЕ ОБЕДА, разрешается выпить чай с очень легким маленьким завтраком (по возможности приходите натощак).

Если ребенок идет под наркозом, не поить и не кормить с 22.00 вечера накануне!!!

Примерная форма

Направляющая медицинская организация
(название, адрес)
Прием направления «___» ___ 20___ г.
Архивный № _____
Дата обследования «___» _____
20___ г.

НАПРАВЛЕНИЕ № _____
На МРТ и РКТ обследование в _____
(наименование медицинской организации)

Заполняется направляющим учреждением.
Заполнение всех пунктов направления обязательно!

Данные о пациенте

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

СНИЛС _____ № полиса _____ Контактный телефон _____

Пол _____ Вес _____ Дата рождения _____ Адрес _____

Находится на стационарном лечении с «___» ___ 20___ г.,

на амбулаторном лечении с «___» ___ 20___ г.

Направительный диагноз _____

Диагноз по МКБ-10 _____

Ведущие признаки заболевания _____

Заключения профильных специалистов: (окулист, эндокринолог, невролог – для заболеваний ЦНС, невролог,
травматолог – для заболеваний опорно-двигательного аппарата)

Результаты параклинических и инструментальных методов исследования, полученные ранее в процессе
диагностики _____

Область и цель исследования _____

***ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – первые три месяца беременности, наличие кардиостимулятора или проводников к нему и других имплантированных электронных устройств, а также ферромагнитных инородных тел.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) – аллергия на йод в случае необходимости контрастирования, беременность, менструальный период при исследовании малого таза, прием бария за 7-10 дней перед исследованием брюшной полости и малого таза.

**Анкета пациента
При направлении на РКТ**

Аллергия на содержащие йод вещества	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боязнь замкнутых пространств	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беременность или предположение о беременности	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Менструальный период в день исследования	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хроническая почечная недостаточность	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прием бариевого контраста в течение последних 10 дней	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Анкета пациента
При направлении на МРТ**

Боязнь замкнутых пространств	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Беременность или предположение о беременности	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эпилепсия, судорожные припадки	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кардиостимулятор или проводники к нему	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие имплантированные электронные устройства	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Металлические включения в организме (пули, осколки, протезы, клапаны, спирали, стенты, внутрочерепные клипсы и пр.)	Да	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Укажите локализацию и вид включения _____				

Я подтверждаю достоверность изложенной информации и заявляю о своем согласии на проведение МРТ или РКТ исследования (при необходимости — контрастирования или анестезии).

Подпись пациента

Представитель пациента (при необходимости):

Ф.И.О.

кем приходится

подпись

Место для оттиска

гербовой печати

Руководитель _____

Лечащий врач _____
(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)