

**Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами
Президента Российской Федерации**

**Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и
электрокардиостимуляции (ОХЛСНРС и ЭКС)**

**Алгоритм госпитализации пациентов для хирургического брадиаритмий в
рамках ВМП в ОМС (200409 VVIR; 200510 DDDR)**

На этапе определения показаний к операции по имплантациям однокамерного или двухкамерного кардиостимулятора в ОХЛСНРС и ЭКС предоставляются: мониторинг ЭКГ по Холтеру (распечатки эпизодов ЭКГ), поверхностные ЭКГ с эпизодами нарушений ритма, развернутый протокол эхокардиографии, эпикриз с указанием истории болезни и жизни пациента, перенесенных операций и заболеваний. Консультация пациента может осуществляться в отделении (при возможности пациента лично приехать: город Москва, улица Маршала Тимошенко 15), либо выслать вышеозначенные документы по электронному адресу 5300117@mail.ru. Консультация в отделении осуществляется либо по направлению на консультацию 057/у – 04 из поликлиники по месту прикрепления пациента, либо за оплату через коммерческий отдел ЦКБП УДП РФ.

После определения/уточнения показаний к оперативному лечению и выполнению необходимых обследований принимается решение о сроках и порядке госпитализации пациента.

Для госпитализации и операции имплантация кардиостимулятора пациент оформляет направление на госпитализацию из поликлиники по месту прикрепления (форма 057/у - 04 номер направления, дата направления, штамп и печать поликлиники, к которой реально прикреплен пациент по ОМС для медицинского обслуживания в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи).

Документы, необходимые для госпитализации пациента в рамках обязательного медицинского страхования:

- направление 057/у – 04 на госпитализацию

- информированное согласие, форма прилагается
- заявление на госпитализацию в ЦКБ в рамках обязательного медицинского страхования, форма прилагается
- копию паспорта (страницы с фотографией, сведениями о выдавшем паспорт подразделении МВД и действующей регистрацией)
- копию действующего страхового полиса обязательного медицинского страхования (с двух сторон)
- копию СНИЛС/пенсионного страхования

Необходимые документы заполняются и сканируются либо непосредственно при личном обращении пациента. Либо при осуществлении документооборота по электронной почте 5300117@mail.ru, в этом случае прилагаются качественные копии документов (желательно единый файл PDF; на копиях обязательно должны читаться штампы, печати и подписи!!!).

При госпитализации для оперативного лечения пациент на руках имеет следующие исследования (**все бланки с обследованиями остаются в стационарной истории болезни**):

- Группа крови и резус-фактор (на отдельном номерном бланке с печатью).
- Анализ крови на RW (сифилис), ВИЧ, гепатиты В и С. До одного месяца.
- Общий анализ крови. До одной недели.
- Биохимический анализ крови (с оценкой электролитного состава крови, почечной и печеночных функций). До двух недель.
- Коагулограмма (развернутый анализ). До одной недели.
- Общий анализ мочи. До одной недели.
- Электрокардиограммы с эпизодами нарушений ритма сердца (архивные и серия последних).

- Рентген органов грудной клетки (на физическом носителе – сам снимок или его распечатка на бумаге, электронный носитель). До двух месяцев.
- Эхокардиография (**развернутый протокол**). До трех месяцев.
- Мониторирование ЭКГ по Холтеру (**распечатка эпизодов электрокардиограмм**).
- Архивные истории болезни, эпикризы другие архивные медицинские документы. Обязательно наличие копий для оставления в стационарной истории болезни.
- При наличии имплантированных антиаритмических электронных устройств – документация на устройства.
- При госпитализации в обязательном порядке иметь с собой госпитальный противэмболический трикотаж или эластическую компрессию (чулки) 2-ого класса компрессии.

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Медицинская документация
Форма N 057/у-04 _____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

[illegible]

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Код льготы

3. **Фамилия, имя, отчество** _____

4. Дата рождения

5. Адрес постоянного места жительства _____

6. Место работы, должность _____

7. Код диагноза по МКБ | | | | |

8. Обоснование направления

Должность медицинского работника, направившего больного _____

Ф.И.О.

ПОДПИСЬ

Заведующий отделением _____

Ф.И.О.

ПОДПИСЬ

“ “ Γ.

MII

Главному врачу ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой»
Управления делами Президента РФ Н. К. Витько
от гражданина(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего по адресу _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу Вас разрешить госпитализацию в отделение _____
Центральной клинической больницы с поликлиникой УДП РФ для оказания
мне специализированной медицинской помощи по программе обязательного
медицинского страхования. Копию полиса обязательного медицинского
страхования прилагаю.

Дата _____ 201 _ года.

Подпись _____