

**Перечень предварительных исследований, которые необходимо представить для плановой госпитализации в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко»
Минздрава России**

Пациенты старше 15 лет

1. Магнитно-резонансная томография, выполненная не позднее 2 месяцев.
2. Компьютерная томография, в том числе в костном режиме, выполненная не позднее 2 месяцев.
3. Общий анализ крови – срок действия 14 дней.

При изменении референсных значений необходима консультация профильных специалистов (см таблицу):

Показатель	Изменения показателя	Необходимая консультация
Гемоглобин	Менее 10 г/л у женщин, Менее 11 г/л у мужчин	Гематолог
Тромбоциты	Менее $150 \cdot 10^9$ /л	Гематолог
Лейкоциты	Менее $3.40 \cdot 10^9$ /л Более $10.80 \cdot 10^9$ /л	Гематолог Терапевт
Ретикулоциты	Более 2.05 %	Гематолог

4. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, гликированный гемоглобин) – срок действия 14 дней. При изменении референсных значений необходимо выполнить дополнительное обследование и/или получить консультацию профильных специалистов (см.таблицу):

Показатель	Изменения показателя	Необходимое обследование
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) Аспартатаминотрансфераза (АСТ) Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	Выше верхней границы нормы в 2 (два) раза	УЗИ органов брюшной полости
Гликированный гемоглобин	Субкомпенсация	Консультация эндокринолога
Креатинин	Более 3.00 г/л	Консультация уролога

5. Д-Димер – срок действия 14 дней. При повышении показателя более 1000 нг/мл необходима консультация анестезиолога.

6. Коагулограмма (анализ крови на свертываемость): Протромбиновый индекс (ПТИ), Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), Международное нормализованное отношение (МНО), Фибриноген.

При изменении показателей коагулограммы – консультация гематолога.

7. Анализы крови на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис – срок действия 1 месяц (**правила оформления результатов анализов (см. приложение 3).**)

7.1 Группа крови, резус фактор.

8. Клинический анализ мочи - срок действия 14 дней.

При изменении референсных значений необходимо получить консультацию профильного специалиста (см. Таблицу)

Показатель	Изменения показателя	Необходимая консультация
Лейкоциты	Более 6 в поле зрения у мужчин Более 10 в поле зрения у женщин Более 4000 в мл	Уролог
Эритроциты	Наличие в моче у мужчин	Уролог
Бактерии	Наличие в моче	Уролог

9. СКТ - исследование органов грудной клетки, проведенные не ранее, чем за 7 дней (включая день проведения исследования) до дня госпитализации.

10. Заключение терапевта – срок действия 1 месяц.

11. Заключение стоматолога – срок действия 1 месяц.

12. Заключение гинеколога (для женщин) – срок действия 1 месяц.

13. ЭКГ (ленту электрокардиографии и заключение) – срок действия 1 месяц.

14. УЗИ вен ног – срок действия 1 месяц. При наличии тромбов в венах ног необходима консультация сосудистых хирургов.

15. Предгоспитализационная анкета (приложение 4). При наличии положительного ответа на вопросы предгоспитализационной анкеты необходима консультация анестезиолога.

Дополнительные исследования, которые должны быть выполнены при наличии сопутствующих заболеваний и определённых показаний

16. При приёме препаратов, разжижающих кровь – консультация кардиолога

17. Эзофагогастродуоденоскопия – срок действия 1 месяц

- Эзофагит
- Язвенная болезнь
- Болезнь Кушинга
- Перед эндоваскулярной операцией

18. Эхокардиография – срок действия 1 месяц

- Ишемическая болезнь сердца любой стадии
- Нарушение ритма сердца
- Пациенты с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС);
- Пациенты, перенёвшие операцию на сердце
- Пациенты, перенесшие миокардит
- Пациенты с артериальной гипертонией
- Пациенты, которым планируется операция в положении «сидя» на операционном столе

19. УЗИ органов брюшной полости

- Пациенты с онкологическим анамнезом
- Пациенты с подозрением на свободную жидкость в брюшной полости
- Пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчекаменная болезнь, панкреатит, сахарный диабет)

20. УЗИ почек

- Мочекаменная болезнь
- Сахарный диабет и/или подагра
- Пациенты с хроническими заболеваниями почек, хронической почечной недостаточностью
- Пациенты с одной почкой

21. УЗИ органов малого таза у мужчин
 - Доброкачественная гиперплазия или аденома предстательной железы
 - опухоли малого таза
 - задержка мочи
22. УЗИ органов малого таза у женщин
 - заболевания органов малого таза
 - опухоли малого таза
23. УЗИ лимфатических узлов
 - увеличение лимфатических узлов у пациентов с онкологическим анамнезом
24. Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов
 - Пациенты, которым планируется операция на шее
 - Пациентам, которым планируется операция наложения экстра-интра-краниального микроанастомоза
 - Пациенты с объемными образованиями в области шеи
 - Пациентам с ранее установленным атеросклерозом брахиоцефальных артерий или перенесших операции на сосудах шеи
 - Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей сосудов
 - Пациентам, ранее перенесшим реконструктивные операции или стентирование на артериях нижних конечностей
25. УЗИ нервов
 - Травматические и дегенеративные повреждения нервов при планируемой реконструктивной операции
26. Рентгеновский снимок черепа в прямой и боковой проекциях
 - Пациенты с опухолями гипофиза
27. Заключение офтальмолога
 - Интракраниальная патология любой локализации и характера
28. Заключение отоневролога
 - Патология хиазмально-селлярной области
 - Патология задней черепной ямки
 - Назальная ликворея
29. При наличии сопутствующих заболеваний необходимо представить заключение профильных специалистов об отсутствии противопоказаний к нейрохирургическому лечению.

В соответствие с приказом Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 №441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» представленные медицинские заключения о результатах обследования оформляются в произвольной форме, за исключением медицинских заключений с результатами лабораторных исследований на гемотрансмиссивные инфекции (Приложение 3).

Медицинские заключения оформляются с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписываются врачами-специалистами, участвующими в вынесении медицинского заключения, заверяются личными печатями врачей-специалистов и печатью медицинской организации.

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России информирует, что при направлении пациентов на госпитализацию для оказания нейрохирургической помощи результаты лабораторных исследований на гемотрансмиссивные инфекции должны быть оформлены согласно требований действующих нормативных правовых актов, в том числе:

1. В соответствии с п.4.7 СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1, в документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования, указывается наименование тест-системы, ее срок годности, серия, результат ИФА (положительный, отрицательный), результат иммунного, линейного блота (перечень выявленных белков и заключение: положительный, отрицательный, неопределенный). При конфиденциальном исследовании документ должен содержать паспортные данные пациента: полные Ф.И.О., полную дату рождения, адрес места жительства, код контингента.

2. Согласно методическим указаниям "Постановка отборочных и диагностических тестов на сифилис", утвержденных приказом Минздрава РФ от 26.03.2001 № 87 "О совершенствовании серологической диагностики сифилиса" в качестве отборочных и подтверждающих тестов следует использовать ИФА. Применение для этих целей комплекса серологических реакций с 2006 года запрещено.

3. Требования в части исследований на маркеры вирусов парентеральных гепатитов содержатся в СП 3.1.1.2341-08 - "Профилактика вирусного гепатита В", утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.02.2008 № 14 и СП 3.1.1.2341-08 СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита С", утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 58. Согласно п.4.4 СП 3.1.1.2341-08 и п. 3.16 СП 3.1.311213, обнаружение маркеров инфицирования возможно только при использовании сертифицированных стандартизованных диагностических наборов, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке, а в документе, выдаваемом лабораторией по результатам исследования в обязательном порядке указывается наименование тест-системы, с помощью которой проводилось исследование.

Таким образом, с целью обеспечения безопасности при оказании нейрохирургической помощи, используя единые подходы к организации исследований на инфекции, передающиеся с кровью и единые требования к оформлению этих результатов, госпитализация пациентов будет осуществляться только на основании документов, оформленных должным образом.

ПРЕДГОСПИТАЛИЗАЦИОННАЯ АНКЕТА

ФИО пациента _____

(Просьба заполнять печатными буквами)

Дата и год рождения _____

*Анкета направлена на выявление пациентов с высоким риском послеоперационных осложнений.**Соккрытие информации о Вашем здоровье приводит к неадекватному лечению и многократно увеличивает вероятность послеоперационных осложнений и может повлечь серьёзные последствия для Вашего здоровья.**Если Вы ответили положительно хотя бы на один вопрос анкеты, мы рекомендуем Вам приехать за несколько дней до планируемой госпитализации для предварительной консультации анестезиолога Центра. По результатам консультации анестезиолога Вам будет определена схема подготовки к операции, при необходимости врач-анестезиолог назначит дополнительные обследования.**При отсутствии достоверной информации о Вашем здоровье анестезиолог имеет право отменить запланированную госпитализацию.**Анкета должна быть заполнена и подписана Вами. Анкета является документом, который будет вложен в Вашу историю болезни.*

У Вас часто артериальное давление выше 150/100 мм рт. Ст.	
Вы перенесли инфаркт миокарда	
Вы перенесли инсульт	
Вы постоянно принимаете нитрат-содержащие препараты: нитроглицерин, или Нитроминт, или нитросорбид, или кардикет и др.	
Вы перенесли операцию на сердце (шунтирование, или стентирование, или другую) или сосудах	
У Вас есть мерцательная аритмия	
У Вас часто бывает аритмия	
У Вас есть какие-то нарушения ритма сердца	
Вам имплантирован ЭКС (электрокардиостимулятор)	
У Вас есть порок сердца (кроме пролапса митрального клапана)	
У Вас есть болезнь сердца, по поводу которой Вы лечитесь у кардиолога или кардиохирурга	
Вы принимаете разжижающие кровь препараты: <ul style="list-style-type: none"> • ацетилсалициловую кислоту (аспирин, или аспирин-кардио, или тромбоасс, или тромбопол, или кардиомагнил, или аггренокс, или ацекардол или другие) • клопидогрель (плавикс, или тикло, или лопирел, или энцелад или другие) • варфарин • инъекции клексана, или фракмина, или фраксипарина, или гепарина или другие 	
Без приёма мочегонных препаратов у Вас нарастают одышка и отёки	
Вы страдаете бронхиальной астмой	
Вы перенесли операцию на легки х или органах грудной клетки	
У Вас есть болезнь на лёгких, по поводу которой Вы наблюдаетесь у пульмонолога или торакального хирурга	
У Вас есть сахарный диабет	
Вы перенесли тромбоз или тромбофлебит вен голени	
Вы перенесли операцию на венах ног	
У Вас есть заболевание сосудов, по поводу которого Вы наблюдаетесь у сосудистого хирурга	
У Вас часто бывает пиелонефрит	
У Вас работает только одна почка	
Вам необходим гемодиализ	
У Вас есть или были раньше язвы или эрозии желудка или 12-перстной кишки	

Вы принимаете кортикостероидные препараты (дексаметазон, или дексазон, или преднизолон, или метипред)	
У Вас есть гепатит	
У Вас есть цирроз печени	
У Вас есть болезнь печени или жёлчного пузыря (кроме холецистита)	
Вы лечились от алкоголизма (ВАЖНО! Влияет на течение анестезии и послеоперационного периода. Информация конфиденциальна)	
Вы перенесли операцию на животе (кроме аппендицита, холецистита, грыжи)	
Вы отмечаете повышенную кровоточивость при чистке зубов, носовые кровотечения, частые синяки и кровоподтёки без предшествующей травмы	
Вы принимаете препараты от судорог, содержащие вальпроевую кислоту (депакин или конвулекс)	
Вы перенесли туберкулёз	
Вы недавно заразились сифилисом (Информация конфиденциальна! Влияет на лечение антибиотиками)	
У Вас выявлен ВИЧ (СПИД)	
Вы принимаете наркотики или лечились от наркомании (ВАЖНО! Влияет на течение анестезии и послеоперационного периода. Информация конфиденциальна)	
Вы прошли курс химиотерапии в течение последних 3 месяцев	
Вам известно, что перенесённые Вами ранее операции сопровождались анестезиологическими осложнениями или трудностями	
После перенесённой ранее операции у Вас появились нарушения памяти и внимания	
У Вас есть болезнь крови	
У Вас есть аутоиммунная болезнь, и Вы лечитесь у ревматолога	
У Вас есть болезнь щитовидной железы	
У Вас есть какая-то болезнь, о которой Вы бы хотели сообщить анестезиологу	
Вы не поняли какие-то вопросы анкеты	

Я предупреждён(а), что сокрытие мною информации повлечёт серьёзные последствия для моего здоровья

Дата

Подпись