приложение №3

 к приказу № 101 от 11.02.2015 г.

Перечень документов для получения высокотехнологичной медицинской помощи :

1. Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с подписью и личной печатью лечащего врача и подписью руководителя , направившей медицинской организации и печатью учреждения с указанием кода диагноза основного заболевания по МКБ-10 и наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту.

**Перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления в медицинские учреждения с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Профиль ВМП | Необходимые лабораторные исследования | Срок действия | Необходимые инструментальные и другие обследования | Срок действия |
| **29** | **Челюстно-лицевая хирургия** | Анализы крови и мочи (\*; \*\*; \*\*\*; \*\*\*\*);. |  | ЭКГ; | 14 дней |
| цитологические и гистологические исследования материала биопсий (при удалении новообразования) | 14 дней | эхокардиография;рентгенологическое исследование органов грудной клетки; КТ и МРТ\*\*\*\*\* в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП;УЗИ органов брюшной полости;  | 30 дней |
|  | - |
| 2526 | **Травматология и ортопедия** | Анализы крови и мочи (\*; \*\*; \*\*\*; \*\*\*\*); |  | ЭКГ; | 14 дней |
|  |  | рентгенография тазобедренного сустава, КТ и МРТ\*\*\*\*\* в зависимости от планируемого объема и вида оказания ВМП; | 6 мес. |

**\*** Анализ крови с подсчетом тромбоцитов и дифференцировкой лейкоцитов не менее чем по 5 показателям – 10 дней;

**\*\*** Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, коагулограмма, у пациентов с сахарным диабетом - гликированный гемоглобин (HbА**1**C) – 10 дней;

**\*\*\*** Группа крови и резус-фактор, реакция микропреципитации – 21 день, на маркеры вирусного гепатита В – 21 день, на маркеры вирусного гепатита С – 42 дня, исследование на ВИЧ-инфекцию – 6 мес.;

**\*\*\*\*** Общий анализ мочи – 10 дней;

**\*\*\*\*\*** Результаты КТ (ЯМРТ) предполагаемой зоны оперативного вмешательства по ВМП - обследований предоставляются в виде:

- оригиналов снимков или дисков с записью цифровых изображений в общепринятых форматах хранения визуальной информации (DICOM, E-Film, K-Lite и т.п.) при осуществлении почтового отправления;

- электронных образов дисков в указанных выше форматах, в том числе и в архивированном виде (.rar или .zip) при использовании Подсистемы мониторинга ВМП.

Примечание:

Консультация других специалистов осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утверждёнными Министерством здравоохранения и социального развития России, в зависимости от профиля и вида оказываемой ВМП.

**При наличии сопутствующих заболеваний – заключение профильных специалистов об отсутствии противопоказаний к проведению ВМП.**

 2. Письменное заявление пациента о согласии на обработку персональных данных (его законного представителя, доверенного лица), содержащее следующие сведения о пациенте: (форма прилагается)

3. Копия Паспорта гражданина Российской Федерации ; Свидетельства о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет).

4. Копия Полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии),

5. Копия Свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии),

6. Выписка из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента с результатами лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз.

*В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица):*

В письменном заявлении дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице)

* фамилия, имя, отчество (при наличии),
* данные о месте жительства,
* реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство,
* почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений,
* номер контактного телефона (при наличии),
* электронный адрес (при наличии).

Дополнительно к письменному обращению пациента прилагаются:

* копия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента),
* копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.