

Департамент здравоохранения Курганской области  
Государственное бюджетное учреждение  
«Курганская областная детская клиническая больница имени Красного Креста»

**ПОРЯДОК РАБОТЫ**  
**КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГБУ**  
**«КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ**  
**БОЛЬНИЦА ИМЕНИ КРАСНОГО КРЕСТА»**

г. Курган  
2019 год

«УТВЕРЖДАЮ»  
Главный врач ГБУ «ОДБ  
им. Красного Креста»  
\_\_\_\_\_ Н.Н. Максимова

## ПОЛОЖЕНИЕ о консультативно-диагностическом центре

Консультативно-диагностический центр является структурным подразделением учреждения.

Часы работы консультативно-диагностического центра – ежедневно с 8-00 до 16.00 часов, кроме субботы и воскресенья.

**Записаться на прием к врачу-специалисту консультативно-диагностического центра можно при помощи электронной записи в медицинской организации по месту жительства, на едином портале государственных услуг, по телефонам регистратуры консультативно-диагностического центра 44-50-11, 44-53-30.**

По предварительной записи принимают все специалисты. Запись к врачу гастроэнтерологу, пульмонологу, неврологу проводится с учетом распределенных квот. График работы врачей-специалистов консультативно-диагностического центра см. приложение №1.

Врачи ведут прием детей **от 1 месяца до 17 лет** 11 мес. 29 дн. по направлениям установленного образца (приложение 2).

В консультативно-диагностическом центре листы нетрудоспособности **не выдаются, не оформляются** справки в детские сады, школы, санаторно-курортные учреждения.

При посещении центра при себе необходимо иметь: паспорт одного из родителей, страховой медицинский полис ребенка, направление установленного образца. Пациенты из других регионов РФ должны иметь при себе ксерокопии свидетельства о рождении или паспорта, полиса (с двух сторон).

При направлении пациентов на консультацию к врачам - специалистам необходимо пройти минимальное обследование в медицинской организации по месту жительства согласно приложению 3.

При направлении на госпитализацию в отделения больницы обязательно предоставление справки об эпидокружении (приложение 4).

### **В консультативно-диагностическом центре ведут прием специалисты:**

Педиатр, врач - детский хирург, врач – невролог, врач – отоларинголог, врач оториноларинголог-сурдолог, врач - офтальмолог, врач - детский кардиолог, врач - пульмонолог, врач - детский эндокринолог, врач - гастроэнтеролог, врач - гематолог, врач-нефролог, врач –травматолог-ортопед, врач -детский уролог–андролог, врач – детский акушер-гинеколог, врач- стоматолог детский, логопед, врач - челюстно-лицевой хирург, врач - детский онколог, врач - нейрохирург, врач аллерголог-иммунолог, врач-ревматолог.

### **Действуют параклинические службы:**

- клиническая, биохимическая, иммунологическая лаборатории;
- кабинет функциональной диагностики;

- кабинет УЗИ и рентгенодиагностики;
- эндоскопический кабинет;
- процедурный кабинет;
- аллергопроцедурный кабинет.

Еженедельно, в четверг, с 9.30 до 10-30 проходит **заседание комиссии по выдаче медицинских заключений на ребенка, оформляющегося на воспитание в семью**. При направлении на комиссию необходимо иметь медицинское заключение, подписанное врачебной комиссией медицинской организации по месту жительства. Предварительная запись на комиссию по телефонам регистратуры 44-50-11, 44-53-30.

В консультативно диагностическом центре **оказываются платные услуги** после основного рабочего времени специалиста, при выполнении им муниципального заказа, иногородним гражданам и гражданам, не имеющим медицинского полиса. Подробная информация по тел. 44-50-11, 44-53-30.

**Заведующий консультативно-диагностическим центром**  
Василюк Наталья Алексеевна

Часы приема по личным вопросам с 9-00 до 14-00 ежедневно  
Телефон 44 – 90 – 22.  
Телефон «горячей линии» 8 912 064 8419  
е – mail: [vna@odb45.ru](mailto:vna@odb45.ru)

Консультативно-диагностический центр находится по адресу: 640008,  
Курганская область, г. Курган, пр. Конституции, 38.  
Тел., факс (83522) 44-52-63  
е – mail: [in@odb45.ru](mailto:in@odb45.ru)

Для консультации **врача- детского хирурга, уролога** необходимо иметь:

- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- мочевины, креатинин сыворотки крови;
- анализ мочи по Нечипоренко (по Аддису - Каковскому);
- УЗИ почек и мочевого пузыря.

Для консультации **врача-аллерголога-иммунолога** необходимо иметь:

- результаты рентгенографии органов грудной клетки;
- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий;
- соскоб на энтеробиоз;
- данные реакции Манту.

Для консультации **врача-пульмонолога** необходимо иметь:

- результаты рентгенографии органов грудной клетки;
- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий;
- соскоб на энтеробиоз;
- данные реакции Манту.

Для консультации **врача-оториноларинголога** необходимо иметь:

- анализ крови общий развернутый;
- результаты рентгенографии придаточных пазух носа.

Для консультации **врача-гастроэнтеролога** необходимо иметь:

- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий;
- соскоб на энтеробиоз;
- при неустойчивом стуле – анализ кала на кишечную группу.

Для консультации **врача – детского кардиолога** необходимо иметь:

- результаты проведенной ЭКГ (пленку);
- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- детям с артериальной гипертонией – биохимический анализ крови на креатинин, мочевины, холестерин,  $\beta$ -липопротеиды, динамику АД (10-14 дней).

Для консультации **врача-ревматолога** необходимо иметь

- анализ крови общий развернутый;
- биохимический анализ крови на белки острой фазы воспаления, пробы на деструкцию соединительной ткани, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, дефениламиновую пробу, серомукоид, протеинограмму;
- обследование на глистно-паразитарную инвазию 3-кратно.

Для консультации **врача-нефролога** необходимо иметь:

- анализ крови общий развернутый;
- анализ мочи общий;
- анализ мочи по Нечипоренко (по Аддису-Каковскому)
- УЗИ почек и мочевого пузыря.

Для консультации **врача-травматолога-ортопеда** необходимо иметь:

- при травме давностью более 10 дней – рентгенограммы в 2 проекциях;
- иммобилизация конечности гипсовой лангетой.

Для консультации **врача-офтальмолога** необходимо иметь:

- новорожденным с гнойным отделяемым из глаз более 10 дней – общий анализ крови, мочи.

Для консультации **врача-гематолога** необходимо иметь:

- общий анализ крови с показателем тромбоцитов, длительности кровотечения и времени свертываемости.

Для консультации **врача-детского эндокринолога** необходимо иметь:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- сахар крови натощак.

Для консультации **врача-невролога** необходимо иметь:

- данные перинатального анамнеза и факторы риска;
- наследственность;
- общий анализ крови, мочи;
- копии выписных эпикризов из стационаров;
- все имеющиеся снимки и заключения после проведенных КТ, МРТ, ЭЭГ, рентгенографий и других исследований;
- детям с вегетососудистыми нарушениями, головными болями – контроль АД в течении 10 дней 2 раза в день;
- детям с недержанием мочи – количественный анализ мочи, обследование на гельминты, УЗИ почек и мочевого пузыря.

Для консультации **врача – нейрохирурга** необходимо иметь:

- копии выписных эпикризов из стационаров;
- все имеющиеся снимки и заключения после проведенных КТ, МРТ, ЭЭГ, рентгенографий и других исследований.

**Направление**

на консультацию (госпитализацию) в ГБУ «КОДКБ им. Красного Креста»

Ф.И.О. больного, дата рождения \_\_\_\_\_

Нестрахового полиса \_\_\_\_\_

Направляющее учреждение \_\_\_\_\_

Диагноз при направлении \_\_\_\_\_

Краткий анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и др. обследования \_\_\_\_\_

Проведено лечение \_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

Дата \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Зав.поликлиникой \_\_\_\_\_

Наименование  
учреждения \_\_\_\_\_

Справка об эпидемическом окружении

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата  
рождения \_\_\_\_\_

Место учёбы \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

(почтовый адрес, телефон)

Страховой полис обязательного мед. страхования: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование страховой компании)

I. Данные о проведении прививок (даты проведения прививок)

1. Против туберкулеза \_\_\_\_\_

2. Против полиомиелита \_\_\_\_\_

3. Против коклюша, дифтерии, столбняка (АКДС) \_\_\_\_\_

4. Против кори, эпидемического паротита, краснухи) \_\_\_\_\_

5. Против гепатита В \_\_\_\_\_

6. По эпидемиологическим показаниям \_\_\_\_\_

II. Осмотр на педикулёз, кожные болезни \_\_\_\_\_

III. Контакт с инфекционными больными \_\_\_\_\_

IV. Ранее перенесённые инфекционные заболевания \_\_\_\_\_

ВРАЧЕБНОЕ  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ \_\_\_\_\_

Дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Зав. поликлиникой \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.