ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7 г. Челябинск»

Направление на госпитализацию в_____отделение ГБУЗ ДГКБ №7

Дата направления_____

Ф.И.О. больного_____Дата рождения_____

Домашний адрес:_____

Диагноз при напрвлении:_____

Направляемая МО_____Врач_____

Перечень обязательных обследований для пациентов, госпитализируемых в ГБУЗ ДГКБ №7 в плановом порядке:

№	Вид обследования	Действителен в течение	Дата
1	Общий анализ крови с Лейко формулой	7- 10 дней	
2	Анализ крови на RW(ребенку старше 15 лет)	3 мес	
3	Общий анализ мочи	7-10 дней	
4	Биохимический анализ крови(ФПП,общий белок,креатинин,мочевина,срб,щелочная фосфатаза,глюкоза)	10 дней	
5	Общий анализ мочи	10 дней	
6	Копрограмма	7-10 дней	
7	Смыв на яйцеглист	7-10 дней	
8	Бак-посев кала на диз.группу+эшерихии до 2 лет	7 дней	
9	Флюорография(старше 15 лет)	12 месяцев	

Перечень обязательных обследований для лиц , осуществляющих уход в ГБУЗ ДГКБ №7 в плановом порядке:

№	Вид обследования	Действителен в течение	Дата
1	Флюорография	1 год	
2	Бакпосев кала	7 дней	
3	Анализ крови на RW	3 месяца	