

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**о порядке обследования и условиях госпитализации пациентов**  
**в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»**  
**им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России**

Сбор анализов и заключений специалистов осуществляются согласно утвержденному списку в зависимости от планируемого вида оперативного лечения и в соответствии со стандартами.

**1. Операции для взрослых по ОМС:**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Консультация ЛОР- врача	1 месяц
2	Консультация стоматолога	1 месяц
3	Консультация терапевта	1 месяц
4	Электрокардиограмма (ЭКГ)	1 месяц
5	Флюорография грудной клетки – (описание) результат	1 год
6	Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов, свертываемость	1 месяц
7	Коагулограмма	1 месяц
8	Анализ крови на сахар	1 месяц
9	Группа крови и резус-фактор	Неограни- ченно
10	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
11	Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, альбумин	1 месяц
12	Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ	3 месяца
13	Общий анализ мочи	1 месяц
14	При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства	1 месяц
15	Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины	1 месяц

**2. Операции для взрослых коммерческих пациентов:**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Консультация ЛОР- врача	1 месяц
2	Консультация стоматолога	1 месяц
3	Консультация терапевта, электрокардиограмма	1 месяц
4	Флюорография грудной клетки – (описание) результат	1 год
5	Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов, свертываемость	1 месяц
6	Коагулограмма	1 месяц
7	Анализ крови на сахар	1 месяц
8	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
9	Группа крови и на резус - фактор	Неограни- ченно

10.	Электрокардиограмма (ЭКГ)	1 месяц
10	* Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, альбумин	1 месяц
11	Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ	3 месяца
12	Общий анализ мочи	1 месяц
13	При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства	1 месяц
14	Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины	1 месяц

\* Для пациентов, которым планируется общий наркоз.

### **3. Интравитреальное введение лекарственных препаратов (кеналог, лувентис и др.) (для коммерческих пациентов):**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Общий анализ крови и мочи	1 месяц
2	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
3	Кровь на сахар и консультация эндокринолога (для больных сахарным диабетом)	1 месяц

### **4. Кераторефракционные лазерные операции для взрослых (для коммерческих пациентов):**

- Анализ крови на HBsAg и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ - срок действия 3 месяца.
- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.
- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год.
- Обязательное ознакомление с памяткой кандидату на лазерную коррекцию зрения (Приложение 1.1.).

### **5. Операции роговичного кросслинкинга, блокирование слезных канальцев (для коммерческих пациентов):**

- Анализ крови на HBsAg и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ - срок действия 3 месяца.
- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.
- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год.

### **6. Окулопластические и дакриологические операции у взрослых (исправление косоглазия, устранение птоза, устранение нистагма, склеропластика, блефаропластика и др.) (для коммерческих пациентов):**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Консультация терапевта	1 месяц
2	Консультация ЛОР-врача	1 месяц
3	Флюорография грудной клетки – (описание) результат	1 год
4	Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов, свертываемость	1 месяц
5	Коагулограмма	1 месяц
6	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
7	Анализ крови на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ	3 месяца
8	* Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ) 1 месяц	1 месяц
9	* Электрокардиограмма (ЭКГ) 1 месяц	1 месяц

\* Для пациентов, которым планируется общий наркоз

### 7. Зондирование слезных путей у новорожденных без наркоза:

- Заключение педиатра (срок действия – 1 месяц) + анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

### 8. Операции у детей и подростков – полостные (до 18 лет) и рефракционные по медицинским показаниям (до 14 лет) (коммерческие и по ОМС):

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Консультации ЛОР- врача, стоматолога	1 месяц
2	Консультация педиатра а) описание внутренних органов, ЦНС, б) перенесенных заболеваний, в) аллергологического анамнеза, г) справка об отсутствии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение 21 дня.	1 месяц,  10 дней
3	Общий анализ крови развернутый с подсчетом тромбоцитов,свертываемость	1 месяц
4	Коагулограмма	1 месяц
5	Анализ крови на сахар	1 месяц
6	Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, АЛТ, АСТ, альбумин	1 месяц
7	Общий анализ мочи	1 месяц
8	Кровь на HBS-антиген и антитела к ВГС (маркеры гепатитов В и С), ВИЧ	3 месяца
9	Кровь на RW(сифилис)	1 месяц
10	Группа крови и резус-фактор	Неограни- ченно
11	Анализ кала на кишечную группу детям до 2 лет.	7 дней
12	Флюорография органов грудной клетки детям старше 14 лет – (описание) результат	1 год
13	При проведении <b>полостных</b> операций также необходимы: <ul style="list-style-type: none"><li>• При наличии общей сопутствующей патологии иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства</li><li>• Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины</li></ul>	1 месяц  1 месяц
14	Сопровождающим детей до 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки (описание); - анализ кала на кишечную группу; - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 7 дней; 1 месяц
15	Сопровождающим детей старше 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки(описание); - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 1 месяц
16	Для детей сертификат о профилактических прививках	Неограни- ченно

### 9. Оперативное лечение взрослых и детей по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов", приказов Минздрава РФ от 26.03.2001г. № 87, от 30.07.2001г. № 291, приказа Минздрава РФ от 02.12.2014 г. № 796н, стандартами:

**ПО ВМП ПЕРЕЧЕНЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ДЛЯ ДЕТЕЙ**

<b>№ п/п</b>	<b>Необходимые исследования</b>	<b>Срок действия</b>
1	Общий анализ крови развёрнутый с подсчетом тромбоцитов, свертываемость	1 месяц
2	Коагулограмма	1 месяц
3	Группа крови и резус-фактор	Неограниченно
4	Общий анализ мочи	1 месяц
5	Биохимический анализ крови: общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза	1 месяц
6	Анализ крови на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ	3 месяца
7	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
8	R-графия органов грудной клетки – (описание) результат (для детей старше 14 лет)	1 год
9	Электрокардиограмма (ЭКГ)	1 месяц
10	Консультация ЛОР - врача	1 месяц
11	Консультация стоматолога	1 месяц
11	Консультация педиатра	1 месяц
12	Консультация невропатолога	1 месяц
13	Кал на кишечную группу <b>детям до 2-х лет</b>	7 дней
14	При наличии общих сопутствующих заболеваний иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении операционного вмешательства	1 месяц
15	Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины	1 месяц
16	Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня	10 дней
17	Сопровождающим детей до 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки (описание); - анализ кала на кишечную группу; - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 7 дней; 1 месяц
18	Сопровождающим детей старше 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки (описание); - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 1 месяц
19	Сертификат о профилактических прививках	Неограниченно

**ПО ВМП ПЕРЕЧЕНЬ ОБСЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**

<b>№ п/п</b>	<b>Необходимые исследования</b>	<b>Срок действия</b>
1	Общий анализ крови развёрнутый с подсчётом тромбоцитов, свертываемость	1 месяц
2	Коагулограмма	1 месяц
3	Общий анализ мочи	1 месяц
4	Анализ крови на сахар	1 месяц
5	Анализ крови на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ	3 месяца
6	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
7	Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочеви́на, креатинин, альбумин	1 месяц
8	Группа крови и резус-фактор	Неограниченно
9	Флюорография органов грудной клетки с описанием	1 год
10	Электрокардиограмма (ЭКГ)	1 месяц
11	Консультация стоматолога	1 месяц
12	Консультация ЛОР - врача	1 месяц

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
13	Консультация терапевта	1 месяц
14	Консультация эндокринолога (при наличии сахарного диабета)	1 месяц
15	При наличии общих сопутствующих заболеваний иметь при себе заключение специалиста о возможности нахождения в стационаре и проведении оперативного вмешательства	1 месяц
16	Пациенты, страдающие аутоиммунными заболеваниями должны иметь анализы крови на «ревматоидные факторы», сывороточные иммуноглобулины	1 месяц

### **11. Консервативное лечение для взрослых и для детей по ОМС:**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Консультация терапевта (для детей – заключение педиатра)	1 месяц
2	Электрокардиограмма (ЭКГ)	1 месяц
3	Флюорография грудной клетки (в т.ч. для детей старше 14 лет) – (описание) результат	1 год
4	Общий анализ крови;	1 месяц
5	Группа крови и резус-фактор	Неограниченно.
6	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц
7	Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, альбумин	1 месяц
8	Анализ крови на сахар	1 месяц
9	Консультация эндокринолога (для больных сахарным диабетом)	1 месяц
10	Общий анализ мочи	1 месяц
11	Кал на кишечную группу детям до 2х лет	7 дней
12	Консультация невропатолога для детей	1 месяц
13	Консультация специалиста по профилю (при наличии соматической патологии)	1 месяц
14	Сопровождающим детей до 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки (описание); - анализ кала на кишечную группу; - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 7 дней; 1 месяц
15	Сопровождающим детей старше 2-х лет: - флюорография органов грудной клетки (описание); - анализ крови на RW (сифилис)	1 год; 1 месяц
16	Для детей: - справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня - сертификат о профилактических прививках	10 дней Неограниченно

### **12. Консервативное лечение для взрослых коммерческих пациентов:**

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.
- Флюорография органов грудной клетки (описание) – срок действия 1 год

### **13. Консервативное лечение для детей до 18 лет на коммерческой основе:**

№ п/п	Необходимые исследования	Срок действия
1	Общий анализ крови, мочи	1 месяц
2	Анализ крови на RW (сифилис)	1 месяц

3	Консультация педиатра	1 месяц
4	Консультация невропатолога в случае назначения электро-физиолечения	1 месяц
5	Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в течение 21 дня	10 дней
6.	Сертификат о профилактических прививках в случае госпитализации в пансионат	Неограниченно

#### **14. Лазерные операции**

(для пациентов отделения лазерной хирургии сетчатки):

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц.

#### **15. Операции**

(лазерные, хирургические, косметологические)

для пациентов отделения реконструктивной и лазерной хирургии:

- Анализ крови на RW (сифилис) – срок действия 1 месяц (в дополнение к существующим).

#### **16. Сопровождающим детей:**

- возраста 0-2 лет: флюорография органов грудной клетки – срок действия 1 год, анализ кала на кишечную группу – срок действия 7 дней; анализ крови на RW (сифилис) методом РПР – срок действия – 1 месяц.
- возраста 2-14 лет: флюорография органов грудной клетки – срок действия – 1 год; анализ крови на RW (сифилис) методом РПР – срок действия – 1 месяц.
- возраста 14-18 лет: анализ крови на RW (сифилис) методом РПР - срок действия – 1 месяц.

При выявлении противопоказаний на момент обследования в условиях клиники филиал оставляет за собой право на перенесение срока операции.

Терапевт клиники имеет право на назначение дополнительных обследований в условиях клиники при наличии у пациента тяжелого соматического заболевания или при подозрении на обострение любого заболевания.

Оперативное лечение детям и подросткам до 14 лет проводится в сопровождении одного из родителей или сопровождающего лица по доверенности. Консервативное лечение детям и подросткам до 12 лет проводится в сопровождении одного из родителей или сопровождающего лица по доверенности.

Инвалиды первой группы по зрению, пациенты с единственным функционально - сохранным глазом и с тяжелой соматической патологией принимаются на лечение в круглосуточный стационар только с сопровождающим.

При нахождении в стационаре филиала ребенка в возрасте до 4-х лет, получающего бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий, одному из сопровождающих его родителей или иному законному представителю обеспечивается бесплатное питание и проживание.

Учитывая, что один из целевых показателей эффективности деятельности филиала является хирургическая активность, доля консервативного лечения должна составлять не более 8-10%.

### **Рекомендации по подготовке к операции:**

- Пациенты с соматической патологией должны иметь при себе все лекарства, назначенные врачом по месту жительства;
- Пациентам с сахарным диабетом рекомендуется пройти консервативный курс лечения в лечебно-профилактическом учреждении по **месту жительства** и при явке на операцию иметь при себе таблетки и инсулин, назначенные врачом-эндокринологом на срок не менее 14 дней;
- Пациенты, использующие контактные линзы, должны снять их за 4 недели до операции.

Порядок приема больных в филиал выполняется в соответствии с приказом директора.

Медицинская помощь в филиале осуществляется за счет следующих источников финансирования: за счет средств федерального бюджета (ВМП), за счет средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), за счет личных средств граждан, за счет средств страховых компаний и за счет других источников финансирования, не противоречащих действующему законодательству.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи.

Право на внеочередное получение медицинской помощи имеют льготные категории граждан (приложение 1.2.)

**Пациенты, выезжающие в клинику на лечение на бюджетной основе (ВМП, ОМС) по приглашению филиала** в соответствии с действующим законодательством должны иметь оформленный в Минздраве по месту жительства Талон на лечение или направление на лечение по ОМС.

Направление по ОМС так же может быть выдано лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения по месту жительства. Дата госпитализации в филиал в утвержденном порядке согласовывается с Минздравом, направившем пациента на лечение, и организационно-методическим отделом филиала (тел. 49-24-78, 8-800-700-07-88).

Диагностическое обследование занимает от 1 до 2 дней в зависимости от вида заболевания. В соответствии с действующим законодательством решение о лечении по ВМП и сроки госпитализации определяются врачебной комиссией (ВК) филиала от 1 до 3 дней (при необходимости). Госпитализация в рамках ОМС регулируется организационно-методическим отделом и приёмным отделением филиала, осуществляется в плановом порядке (с постановкой на очередь) и в ускоренном порядке в соответствии с результатами диагностического обследования и загруженностью стационара филиала.

**Госпитализация возможна только при предоставлении пациентом полного**

**пакета медицинских справок и анализов, оформленных с соблюдением регламентированного срока их действия.**

В обязанности врача, выезжающего на отбор пациентов в регионы РФ, входит предоставление медицинского заключения по требованию пациента, желающего лечиться бесплатно, с указанием кода МКБ и вида планируемой медицинской помощи (ВМП, ОМС) для оформления квоты в Минздраве по месту жительства. Случаи направления в филиал для ускоренной госпитализации на бесплатное лечение пациентов, не относящихся к льготной категории граждан, без оформления документов в Минздраве по месту жительства **обязательном порядке** согласовываются врачом с руководством филиала (заместители директора). Пациенты, направляющиеся на льготное лечение в Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад.С.Н.Федорова» Минздрава России должны иметь направление от регионального представителя розового, красного или оранжевого цвета. Региональные представители обязаны предварительно представлять в организационно – методический отдел список пациентов, направляемых в филиал на бесплатное лечение.

Платная медицинская помощь оказывается в филиале в соответствии с Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04 октября 2012 г. №1006 и приказа генерального директора ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н.Федорова» Минздрава России от 21 октября 2012 года № 247 «Об оказании платных услуг».



## **Абсолютные противопоказания для проведения операции в условиях филиала:**

1. Заболевания сердца с явлениями легочно-сердечной или декомпенсированной сердечно-сосудистой недостаточности (Н II<sub>Б</sub>-III).
2. Гипертоническая болезнь III ст., АГ 3 ст., осложнённая ИБС, нарушением ритма, нарушением мозгового кровообращения давностью до 1 года.
3. ИБС: СН III-IV функционального плана, постинфарктный кардиосклероз со сроком возникновения О.И.М. до 1 года, осложненный аневризмой сердца.
4. Бронхиальная астма, гормонозависимая форма с частыми приступами.
5. Декомпенсированная ХПН II-III ст.
6. Хроническая печеночная недостаточность II-III ст.
7. Хроническая гормонозависимая надпочечниковая недостаточность.
8. Хроническая мозговая сосудистая недостаточность III ст.
9. Генерализованные гиперкинезы (болезнь Паркинсона с выраженными амплитудами дрожания), эпилепсия с частыми приступами.
10. Психические заболевания, алкоголизм, наркомания.
11. Эндокринная патология: декомпенсированный сахарный диабет, тиреотоксикоз II-III ст.
12. Острые заболевания крови, нарушение свертывания крови, не поддающееся коррекции.
13. Инфекционные контагиозные кожные и венерические заболевания, туберкулёз (активные формы с бациловыделением).
14. Поливалентная аллергия на медикаменты, использующиеся для анестезии и в послеоперационном периоде.
15. Злокачественные новообразования - только с разрешения онколога.
16. Острые и обострение хронических заболеваний.
17. Старческая дряблость.
18. Ожирение III-IV ст.

### **Примечание:**

- 1) Больные с хроническими заболеваниями должны перед операцией пройти курс профилактической терапии и подготовки к операции.
- 2) При тяжёлой соматической патологии пациенты принимаются на лечение только с сопровождающим.

### ***Памятка кандидату на лазерную коррекцию зрения***

Перед проведением лазерной коррекции зрения для получения достоверных данных во время диагностики Вам необходимо:

- Убедиться в отсутствии общих противопоказаний:
  - Острое воспалительное заболевание, в т.ч. ОРЗ, грипп;
  - Наличие кариозных зубов;
  - Обострение хронического воспалительного заболевания (особенно инфекционные заболевания лор-органов);
  - Беременность или кормление грудью;
  - Псориаз;
  - Аутоиммунное заболевание (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, рассеянный склероз, миастения и т.п.);
  - Применение стероидных гормонов и иммунодепрессантов;
  - Иммунодефицит любой этиологии;
  - Сахарный диабет.
- Отказаться от ношения «дневных» контактных линз за 4 недели до рефракционно-лазерной операции.
- Отказаться от ношения «ночных» (ортокератологических) контактных линз за 12 недель до рефракционно-лазерной операции.

Перед операцией за 4 недели необходимо полностью отказаться от ношения контактных линз, а также, если Вы ими пользовались. По рекомендации офтальмолога 2-3 недели 2-3 раза в день закапывать в оба глаза желе корнерегель, баларпан.

Если Вы приезжаете только для обследования снять «мягкие» линзы за 14 дней до обследования (для получения достоверных данных во время диагностики).

**Группы пациентов, обладающие льготным статусом при оказании медицинской помощи за счет средств государственного бюджета**

- Инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица
- Инвалиды и ветераны боевых действий
- Узники концлагерей, гетто и других мест
- Инвалиды Афганской и Чеченской войн
- Инвалиды детства
- Дети-воспитанники детских домов и интернатов
- Дети-сироты
- Дети возрастом моложе 5 лет
- Инвалиды, участвовавшие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС
- Граждане, ставшие инвалидами в результате воздействия радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк»
- Герои Социалистического труда и полные кавалеры ордена Трудовой Славы
- Инвалиды по зрению 1,2 и 3 групп
- Инвалиды по общему заболеванию 1, 2 и 3 групп
- Пациенты, нуждающиеся в неотложной офтальмологической помощи
- Пациенты с осложнениями после ранее проведенного лечения в Филиале.

---

5-ФЗ от 12.01.1995

Указ Президента РФ №1253 от 15.10.1992

178-ФЗ от 17.07.1999

Указ Президента РФ №431 от 05.05.1992

Закон РФ №1244-1 от 15.05.1991

175-ФЗ от 26.11.1998

Приказ Минздрава РФ №445/77 от 20.12.2000