



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
«МЕЖОТРАСЛЕВОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
«МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» имени академика С.Н. ФЕДОРОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ФИЛИАЛ

(Волгоградский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)
ул. им. Землячки, 80, Волгоград, 400138

400138, г. Волгоград, ул. им. Землячки, 80

Тел. : 8- (8442)-91-35-35

Бланк предоперационного обследования

пациента _____

- общий анализ крови*) _____

- общий анализ мочи*) _____

- сахар крови*) _____

- гликозилированный гемоглобин***) _____

- мочевина, креатинин крови _____

- МНО и свертываемость крови *) _____

- РВ** дата _____ № реакции _____ результат _____

- ВИЧ** дата _____ № реакции _____ результат _____

- антигены к гепатитам В, С** дата _____ № реакции _____ результат _____

- рентгенография грудной клетки с описанием (действительна в течение года) _____

- ЭКГ ЛЕНТА с расшифровкой (действительна в течение 1 месяца)

- заключение ЛОР-врача**) _____

- заключение стоматолога**) _____

*) – данные анализа действительны не более двух недель

***) – данные анализа действительны не более шести месяцев

**) - данные анализа действительны в течение 3-х месяцев

Заключение терапевта (действительно не более двух недель)

- заключение невролога (пациентам, страдающим неврологической патологией

) _____

- заключение кардиолога (пациентам, страдающим кардиологической патологией)

- заключение врачей специалистов (для пациентов, находящихся на диспансерном учете)

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:

Заключение эндокринолога о возможности планового хирургического лечения, включающее диагноз, лечение (диета, таблетированные сахароснижающие препараты, инсулинотерапия – дозы), индивидуальные рекомендации.

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ГЛАЗА

Рентгенография орбиты в 2-х проекциях с описанием

При себе необходимо иметь все назначенные медикаменты, а так же паспорт, полис, СНИЛС и удостоверения, дающие право на льготы по оплате медицинских услуг (оригиналы и ксерокопии)

Дата _____