Перечень необходимых обследований при плановой госпитализации по профилю «Хирургия» (ХО №1, ХО №2)

НЕОБХОДИМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:	СРОК ДЕЙСТВИЯ
Общий анализ крови (количество лейкоцитов с формулой, эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобин, время свертывания и длительность кровотечения)	10 дней
Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, АлТ, АсТ, глюкоза)	10 дней
Коагулограмма (протромбиновый индекс, МНО (если принимаете непрямые антикоагулянты), фибриноген, АПТВ)	10 дней
Анализ крови на группу и резус-фактор	10 дней
Анализ крови на маркеры гепатита В (HbSAg) и гепатита С (АнтиHCV)	3 месяца
Анализ крови на сифилис методом РМП (ЭДС), РПГА.	10 дней
Анализ крови на антитела к ВИЧ	6 мес.
Общий анализ мочи	10 дней
Кал на я/г	10 дней
Цитологические и гистологические исследования материала биопсий (если проводился забор)	1 месяц
Дополнительно при патологии надпочечников: -анализ суточной мочи на кортизол, метанефрины (при образовании надпочечников) -анализ крови на Кортизол, Ренин, Альдостерон, Электролиты (K+, Na+, Ca++, Cl-)	10 дней
Дополнительно при патологии щитовидной железы: ТАБ, св. Т4, ТТГ	10 дней
ПЦР Covid	48 часов
НЕОБХОДИМЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:	
Рентгенография органов грудной клетки / флюорография	1 год
Электрокардиограмма с расшифровкой и заключением	14 дней
Фиброгастродуоденоскопия	1 месяц

УЗИ органов брюшной полости, почек Дополнительно при патологии надпочечников: УЗИ надпочечников и забрюшинного пространства, При патологии щитовидной железы: УЗИ шеи (щитовидной железы, паращитовидных желез)	1 месяц
Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей (в случае отклонений от нормы — консультация ангиохирурга)	1 месяц
Рентгенологические исследования (КТ, МРТ) в зависимости от планируемого объема оказания медицинской помощи, подтверждающие наличие показаний к выполнению оперативного вмешательства	1 месяц
НЕОБХОДИМЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ:	
Заключение терапевта (с указанием основного и сопутствующих заболеваний, а также их осложнений) об отсутствии противопоказаний к проведению оперативного лечения	1 месяц
Заключение гинеколога (для женщин)	1 месяц
Заключение уролога (для мужчин)	1 месяц
Заключение стоматолога о выполнении санации ротовой полости	1 месяц
Заключение эндокринолога (при патологии эндокринной системы)	1 месяц
Заключение кардиолога (при патологии сердечно- сосудистой системы)	1 месяц
Заключение инфекциониста (для пациентов с заболеванием вирусным гепатитом В и С и повышенными показателями трансаминаз и билирубина)	1 месяц
Заключение дерматовенеролога для пациентов переболевших сифилисом	1 месяц