

# Урология

## Перечень необходимых обследований при плановой госпитализации в ГБУЗ «ПМКБ №1» для оказания медицинской помощи по профилю «Урология»

| Необходимые лабораторные исследования:                                                                                                     | Срок      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Общий анализ крови (количество лейкоцитов с формулой, эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобин, время свертывания и длительность кровотечения) | 10 дней   |
| Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, 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 мес.    |
| Анализ крови на сифилис методом РМП (ЭДС), РПГА                                                                                            | 10 дней   |
| Анализ крови на антитела к ВИЧ                                                                                                             | 6 месяцев |
| Общий анализ мочи                                                                                                                          | 10 дней   |
| ПСА для мужчин                                                                                                                             | 1 месяц   |
| Цитологические и гистологические исследования материала биопсий (если проводился забор)                                                    | 1 месяц   |
| <b>Необходимые инструментальные и другие обследования:</b>                                                                                 |           |
| Рентгенография органов грудной клетки / флюорография                                                                                       | 1 год     |
| Электрокардиограмма с расшифровкой и заключением                                                                                           | 14 дней   |
| Фиброгастродуоденоскопия                                                                                                                   | 1 месяц   |
| УЗИ органов брюшной полости                                                                                                                | 1 месяц   |

|                                                                                                                                                                                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| УЗИ почек, мочевого пузыря                                                                                                                                                           | 1 месяц |
| УЗИ предстательной железы с определением объема простаты и количества остаточной мочи (для мужчин)                                                                                   | 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 |
| <b>Необходимые консультации специалистов:</b>                                                                                                                                        |         |
| 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 других профильных специалистов при наличии сопутствующих заболеваний                                                                                                      | 1 месяц |