|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации  Наименование медицинской организации  (адрес) | Форма № 057/у-04утверждена приказом МЗ СР России  от 22.11.2004 № 255  (в. ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2014 N 834н) |

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
на госпитализацию

в Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

«Центр профессиональной патологии»

Профпатологическое отделение

(г. Ханты-Мансийск, ул. Тобольский тракт 4)

Тел.8(3467)-362555 доб.423, 420, 256

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Код льготы |  |  |  |

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Диагноз основного заболевания

8. Код диагноза по МКБ

9. Сопутствующие диагнозы

10. Код диагноза(ов) по МКБ

11. Обоснование направления (нужное подчеркнуть):

I. Для обследования пациентов с установленным профессиональным заболеванием с целью динамического наблюдения, обследования, лечения и (или) перед очередным освидетельствованием перед МСЭ.

II. Для обследования и лечения работников, занятыхна работах во вредных условиях труда, при наличии соматических заболеваний.

12. Дата направления в профпатологическое отделение

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

Подпись врача - профпатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)(подпись)

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)(подпись)

М.П.

Информация для пациента:

**При получении направления согласовать дату госпитализации по телефону:**

**+ 7 (3467) 362- 555, добавочный 423, 420 или 256**

1. **Для обследования пациентов с установленным профессиональным заболеванием с целью динамического наблюдения, обследования, лечения и (или) перед очередным освидетельствованием перед МСЭ,**

**необходимо предоставить следующие документы:**

1. направление на госпитализацию от профпатолога либо терапевта по месту жительства с указанием цели (Форма № 057/у-04 Приказа МЗ РФ от 22.11.2004г № 255)(в. ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2014 N 834н);
2. документ удостоверяющий личность (паспорт);
3. СНИЛС;
4. результат ФЛГ (флюорографического исследования легких) с указанием даты и места проведения исследования;
5. результаты клинических исследований: ЭКГ, ОАК, ОАМ, Б/х крови (глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, о. билирубин), RW (желательно);
6. онкоосмотр для мужчин (PSA) и женщин старше 40 лет (результаты действительны в течение 10 дней);
7. лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 по месту жительства (не позднее 48 часов до настоящей госпитализации);
8. справку об эпидокружении по адресу проживания (фактического пребывания) – срок действия не более 3 дней до настоящей госпитализации;
9. выписку из амбулаторной карты, в которой должны быть указаны обращения пациента в медицинскую организацию за последний год, лечение (амбулаторное/стационарное), ЛВН, наличие инвалидности;
10. справку МСЭ об установленном профессиональным заболевании (процент утраты трудоспособности), наличие инвалидности;

\*спортивная обувь, спортивный костюм для занятий ЛФК.

**II. Для обследования и лечения работников, занятых на работах во вредных условиях труда, при наличии соматических заболеваний, необходимо предоставить следующие документы:**

1. направление на госпитализацию от профпатолога либо терапевта по месту жительства с указанием цели (Форма № 057/у-04 Приказа МЗ РФ от 22.11.2004г № 255) (в. ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2014 N 834н);

2. документ удостоверяющий личность (паспорт);

3. СНИЛС;

4. результат ФЛГ (флюорографического исследования легких) с указанием даты и места проведения исследования;

5. результаты клинических исследований: ЭКГ, ОАК, ОАМ, Б/х крови (глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, о. билирубин), RW (желательно);

6. онкоосмотр для мужчин (PSA) и женщин старше 40 лет (результаты действительны в течение 10 дней);

7. лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 по месту жительства (не позднее 48 часов до настоящей госпитализации);

8. справка об эпидокружении по адресу проживания (фактического пребывания) – срок действия не более 3 дней до настоящей госпитализации;

\*при госпитализации для занятий ЛФК вам необходимо иметь спортивную одежду и обувь.

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации  Наименование медицинской организации, установившей  предварительный диагноз профессионального заболевания  (адрес) | Форма № 057/у-04утверждена приказом МЗ СР России  от 22.11.2004 № 255  (в. ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2014 N 834н) |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на экспертизу связи заболевания с профессией в**

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа -Югры «Центр профессиональной патологии»**

**(Тел.8(3467)-362555 доб.420, 256)**

**(на госпитализацию, амбулаторное обследование)**

1. Номер страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Код льготы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Текущее место работы, профессия

7. Вредные производственные факторы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Предварительный диагноз профессионального заболевания\_\_\_\_\_

9. Код диагноза по МКБ

10. Сопутствующие диагнозы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Код диагноза(ов) по МКБ

12. Обоснование направления на экспертизу:

13. Дата установления гражданину предварительного диагноза профессионального заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. № экстренного извещения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Дата направления в Центр профпатологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача - профпатолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_\_

ФИО

МП

**При получении направления согласовать дату госпитализации (амбулаторного обследования) по телефону:**

**+ 7 (3467) 362 - 555**, **добавочный 423, 422, 4**2**0или 256**

К направлению в обязательном порядке согласно приказу МЗ РФ от 31.01.2019 N 36н прилагаются документы:

1. Выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, отражающая состояние здоровья гражданина за весь период профессиональной деятельности, а также до и после этого периода, заверенная подписью врача и печатью медицинской организации;

2. Сведения о результатах обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров за весь период профессиональной деятельности**,** заверенные подписью врача и печатью медицинской организации;

3. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда;

4. Копия трудовой книжки или иные документы, подтверждающие трудовые отношения между работником и работодателем, заверенные (все страницы) отделом кадров или нотариусом.

При отсутствии необходимых документов экспертиза связи заболевания с профессией проводиться не может. (Постановление Правительства РФ от 15.12.2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»).

Кроме того, должны быть предоставлены документы:

1. документ, удостоверяющий личность (паспорт);
2. СНИЛС;
3. результат ФЛГ (флюорографического исследования легких) с указанием даты и места проведения исследования;
4. результаты клинических исследований: ЭКГ, ОАК, ОАМ, Б/х крови (глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, о. билирубин), RW (желательно);
5. онкоосмотр для мужчин (PSA) и женщин старше 40 лет (результаты действительны в течение 10 дней);
6. лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 по месту жительства (не позднее 48 часов до настоящей госпитализации);
7. справку об эпидокружении по адресу проживания (фактического пребывания) – срок действия не более 3 дней до настоящей госпитализации.

\*при госпитализации для занятий ЛФК вам необходимо иметь спортивную одежду и обувь.