|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развитияРоссийской Федерации | Приложение 5к Приказу Минздравсоцразвития РФот 22.11.2004 № 255 |
|  |
| (наименование медицинского учреждения) | Медицинская документация Форма № 057/у-04утверждена Приказом Минздравсоцразвития Россииот 22.11.2004 № 255 |
|  |
|  |
|  |
| (адрес) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

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

**Отделение профессиональной патологии стационар**

**(Югорская Долина, Тобольский тракт 4, корпус Президент)**

**Тел.8(3467)-362555 доб.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. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  |  |

8. Обоснование направления

1. для лечения и/или обследования больных с предварительным диагнозом профессионального заболевания;

2. для лечения и/или обследования больных с ранее установленными профессиональными заболеваниями;

3. для лечения и/или обследования работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами с разовым или многократным превышением предельно допустимой концентрации или предельно допустимого уровня по действующему фактору;

4. для лечения и/или обследования лиц из групп высокого риска развития профессиональных заболеваний (в случае принятия соответствующего решения врачебной комиссией по проведению обязательных медицинских осмотров).

Должность медицинского работника, направившего больного

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| “ |  | ” |  |  |  |  г. |

М.П.

**Для госпитализации впервые с целью установления диагноза профессионального заболевания 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);
2. документ удостоверяющий личность (паспорт);
3. **лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 по месту жительства (не позднее 7 дней до плановой госпитализации);**
4. **справка об эпидокружении по адресу проживания (фактического пребывания) – срок действия не более 3 дней до настоящей госпитализации;**
5. СНИЛС;
6. копии трудовой книжки или иных документов, подтверждающих трудовые отношения между работником и работодателем;
7. выписку из медицинской документации гражданина, содержащую клинические данные состояния здоровья гражданина (и оригинал амбулаторной карты при подозрении на профессиональное заболевание, для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
8. сведения о результатах обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (при подозрении на профессиональное заболевание, для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
9. санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работника (для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
10. результат флюорографического исследования легких с указанием даты и места проведения исследования;
11. онкоосмотр для мужчин и женщин старше 40 лет (результаты действительны в течение 10 дней);
12. кал на яйца глистов (результаты действительны в течение 10 дней);
13. плавки (купальник), тапочки резиновые и полотенце для посещения бассейна.

**При получении направления согласовать дату госпитализации по телефону:+7346736255, доб.420 или 256**

**Для госпитализации пациентов с установленным профессиональным заболеванием, с целью профилактики прогрессирования:**

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);
2. документ удостоверяющий личность (паспорт);
3. **лабораторное обследование методом ПЦР на носительство вируса SARS-CoV-2 по месту жительства (не позднее 7 дней до плановой госпитализации);**
4. **справка об эпидокружении по адресу проживания (фактического пребывания) – срок действия не более 3 дней до настоящей госпитализации;**
5. СНИЛС;
6. результат ФЛГ флюорографического исследования легких с указанием даты и места проведения исследования;
7. результаты клинических исследований: ЭКГ, ОАК, ОАМ, Б/х крови (глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, о. билирубин), RW (желательно);
8. выписку из амбулаторной карты (желательно);
9. справка МСЭ об установленном профессиональным заболевании (процент утраты трудоспособности), наличие инвалидности;
10. плавки (купальник), тапочки резиновые и полотенце для посещения бассейна.

**При получении направления согласовать дату госпитализации по телефону:+7346736255, доб.420 или 256**