



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

27 сентября 2024

г. Барнаул

№ 415

Об утверждении перечня обследований на догоспитальном этапе при направлении на плановое оперативное лечение и для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в краевых медицинских организациях

С целью обеспечения эффективного взаимодействия краевых медицинских организаций при оказании плановой хирургической помощи приказываю:

Утвердить:

перечень обследований на догоспитальном этапе при направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения в краевые медицинские организации (при хирургических операциях низкого риска) (приложение 1);

перечень обследований для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в краевых медицинских организациях (приложение 2).

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здравоохранения Алтайского края

от 22.09. 2024 № 415

ПЕРЕЧЕНЬ

обследований на догоспитальном этапе при направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения в краевые медицинские организации (при хирургических операциях низкого риска)

При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения группа крови, резус-фактор определяются в краевой медицинской организации непосредственно при госпитализации.

Обязательные обследования

№ п/п	Наименование	Срок годности
1	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и тромбоцитами	2 недели
2	Длительность кровотечения, время свертывания	2 недели
3	Общий анализ мочи	2 недели
4	Антитела к вирусному гепатиту В	3 месяца
5	Антитела к вирусному гепатиту С	3 месяца
6	Антитела к ВИЧ-инфекции	3 месяца
7	Билирубин	2 недели
8	Креатинин	2 недели
9	Глюкоза	2 недели
10	Международное нормализованное отношение (МНО) *	3 дня
11	Флюорография или рентгенография органов грудной клетки	12 месяцев
12	Электрокардиография (ЭКГ) с расшифровкой и заключением	2 недели
13	Заключение врача-терапевта об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (при компенсированной сопутствующей патологии заключение профильных специалистов не требуется)	2 недели

* Для лиц, принимающих варфарина натрия клатрат.

Дополнительные обследования по нозологиям

№ п/п	Наименование	Срок годности
-------	--------------	---------------

1. Желчнокаменная болезнь, патология желчных протоков, печени, поджелудочной железы		
1.1.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (далее - УЗИ ОБП)	1 месяц
1.2.	Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС)	1 месяц
1.3.	Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	2 недели
1.4.	Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	2 недели
1.5.	Коагулограмма (протромбиновый индекс (ПТИ,) фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АПТВ)	2 недели
2. Рецидивные грыжи средних и больших размеров		
2.1.	Спирометрия	1 месяц
2.2.	УЗИ ОБП (при наличии патологии органов брюшной полости и почек)	1 месяц
3. Патология пищевода, желудка, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы		
3.1.	Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)	1 месяц
3.2.	Рентгеноскопия желудка (по показаниям)	3 месяца
3.3.	УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	1 месяц
4. Патология щитовидной железы		
4.1.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы	1 месяц
4.2.	Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4)	2 недели
4.3.	Заключение эндокринолога	1 месяц
5. Патология тонкого, толстого кишечника		
5.1.	Колоноскопия	1 месяц
5.2.	УЗИ ОБП	1 месяц
6. При варикозной болезни (не ниже 2 степени хронической венозной недостаточности (ХВН II ст.), посттромбофлебитическом синдроме, тромбозах в анамнезе		
6.1.	Ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей**	1 месяц
7. При наличии мерцательной аритмии и других нарушениях сердечного ритма		
7.1.	Эхокардиография (ЭхоКГ)	1 месяц

** В случае отклонения от нормы требуется консультация ангиохирурга.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 27.09 2024 № 415

ПЕРЕЧЕНЬ
обследований для оказания высокотехнологичной медицинской помощи
в краевых медицинских организациях

№ п/п	Наименование	Срок годности
1	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и тромбоцитами	10 дней
2	Длительность кровотечения, время свертывания	10 дней
3	Общий анализ мочи	10 дней
4	Антитела к вирусному гепатиту В	3 месяца
5	Антитела к вирусному гепатиту С	3 месяца
6	Антитела к ВИЧ-инфекции	3 месяца
7	RW методом ИФА	3 месяца
8	Анализ крови биохимический (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), глюкоза)	2 недели
9	Na, К	10 дней
10	Коагулограмма (протромбиновый индекс (ПТИ,) фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АПТВ), международное нормализованное отношение (МНО), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК)	2 недели
11	Флюорография или рентгенография органов грудной клетки	12 месяцев
12	Электрокардиограмма с расшифровкой и заключением	2 недели
13	Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)	2 месяца
14	Ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей*	6 месяцев
15	Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий**	6 месяцев
16	Эхокардиография (ЭхоКГ)***	6 месяцев
17	Заключение врача-терапевта об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (заключение профильных специалистов при компенсированной сопутствующей патологии не требуется)	1 месяц

* В случае отклонения от нормы требуется дополнительно приложить заключение ангиохирурга.

** При наличии в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения (перенесенного инсульта).

*** При наличии мерцательной аритмии и других нарушениях сердечного ритма.