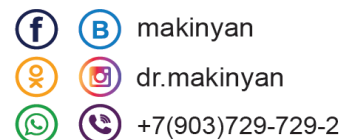


**Левон Гагикович Макинян**Для связи: 8(495)729-729-2
e-mail: dr.makinyan@gmail.com

Для госпитализации на любую операцию необходимо предварительное обследование, которое можно пройти где угодно, в том числе в поликлинике по месту жительства.

Анализы к операции на стопах (В скобках- срок годности на момент госпитализации):

1. Общий анализ мочи и клинический анализ крови + тромбоциты - **(2 недели)**
2. Общий белок, глюкоза, мочева кислота, мочевины, креатинин, билирубин, АлТ, АсТ, щелочная фосфатаза, электролиты (К, Na, Са, Cl, Mg) – **(1 месяц)**
3. Коагулограмма (АЧТВ, ПТИ, МНО, фибриноген) – **(1 месяц)**
4. Группа крови, Резус-фактор, Фенотипирование (С, Е, с, е) – на бланке с печатью (отметка в паспорте не принимается) **(бессрочно)**.
5. Гепатиты (В, С)*, ВИЧ, реакция Вассермана – **(3 месяца)**
6. Рентгенография органов грудной клетки или флюорография (заключение) – **(1 год)**
7. ЭКГ – **(2 недели)**
8. Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей (УЗДГ) – 1 месяц**
9. Консультация терапевта (с учётом данных анализов!) - (2 недели).
10. Консультация стоматолога (санация полости рта) - (1 месяц).
11. Консультация гинеколога - **(1 месяц)**.
12. Консультация эндокринолога – **(1 месяц)**.
13. Рентгенография обеих стоп в двух проекциях(Прямая и боковая, под нагрузкой).
14. Направление (от хирурга/ортопеда) на госпитализацию в ГКБ №13, из поликлиники по месту жительства г. Москвы за 202__ г.

В заключении важен терапевтический диагноз и наличие противопоказаний к операции

***В случае обнаружения положительного результата анализов на вирусы гепатита В,С необходима консультация инфекциониста для заключения о возможности нахождения в стационаре общего профиля.**

****При обнаружении патологических отклонений необходимо заключение сосудистого хирурга о возможности проведения операции и, при необходимости – рекомендации по применению антикоагулянтов!**

Консультация с результатами анализов и обследований _____ 202__ года, к 12-30

При себе иметь паспорт, полис, СНИЛС и направление из поликлиники по месту жительства за 202__ год.

Предварительная дата операции _____ 202__ года