

ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Госпіталізація «_____» _____ 202_____ року. Відділення _____

Мета госпіталізації _____

Діагноз _____

Перелік обстежень хворих для проведення планової радіочастотної абляції

Перелік необхідних обстежень уточнюється лікуючим лікарем
в залежності від запланованої процедури.

Обов'язкові	За показаннями
1. Загальний аналіз крові (до 1 тижня)	1. Консультація невролога
2. Загальний аналіз сечі (до 1 тижня)	2. Консультація ендокринолога
3. Білірубін крові (до 1 місяця)	3. Консультація офтальмолога
4. АЛТ, АСТ (до 1 тижня)	4. Коронарографія за наявності
5. Креатинін (до 1 місяця)	5. ФГДС
6. Загальний білок крові (до 1 місяця)	6. Ro ОГК/КТ ОГК
7. Фібриноген крові (до 1 місяця)	7. УЗД артерій _____
8. Протромбіновий час (до 1 місяця)	8. УЗД вен _____
9. АЧТЧ (до 1 місяця)	9. УЗД органів черевної порожнини
10. Кров на маркери гепатиту С (до 1 місяця)	10. МРТ
11. Кров на маркери гепатиту В (до 1 місяця)	11. ВЕМ/тредміл
12. Кров на RW (до 1 місяця)	12. ДМАТ
13. Група крові та резус-фактор (до 1 місяця)	13. ХМ ЕКГ
14. Цукор крові (до 1 тижня)	
15. ЕКГ (до 3 днів, в день госпіталізації)	
16. ЕхоКС (до 1 місяця, 6 місяців, день госпіталізації) (підкреслити)	
17. Тест на COVID-19 (IgM, cito-тест на антиген, ПЛР-тест) дійсний до _____ днів (необхідне підкреслити)	
18. Флюорографія (до 1 року)	
19. Черезстравохідна ЕХО-КС (дата) _____	
Призначення а/коагулянта не менше ніж за _____ днів	
назва _____ доза _____	

З планом обстеження на догоспітальному етапі ознайомлений _____ (підпис пацієнта)

Електронне направлення на госпіталізацію від кардіолога або сімейного лікаря
роздруковане на папері

Лікар _____