**ООО «Международный Онкологический Центр»**

**Московская область, г. Коломна, улица Октябрьской революции, д. 318, корпус 2**

**8(495)644-48-03**mockolomna@omshospital.ru

(работа регистратуры для записи, прием ведется по предварительной записи: понедельник - пятница 8:00-17:00).

Для Вашего удобства просим прислать на электронную почту скан Ваших документов до визита в клинику для проверки.

Оригиналы следующих документов пациента:

1. Документ, удостоверяющий личность пациента

2. Действующий полис обязательного медицинского страхования пациента;

3. Страховое пенсионное свидетельство (СНИЛС);

4. Листок нетрудоспособности (при наличии).

5. Справка МСЭ (при наличии).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  | **Срок действия** |
|  | Направление. Для оказания медицинской помощи за счет средств ОМС (форма 057/у-04)- с присвоенным номером по месту выдачи направления) из медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи. Направление должно быть заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью лечащего врача, печатью направляющей медицинской организации, и содержать следующие сведения: номер направления, присвоенный ему по месту выдачи; действующий полис обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации; страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования; код диагноза основного заболевания по Международной классификации болезней–10 (МКБ-10); наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания медицинской помощи за счет средств ОМС; | бессрочно |
|  | Подробная выписка из амбулаторной или стационарной медицинской карты (форма 027/у)- заверенная подписью лечащего врача, руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, лабораторные исследования, результаты обследования, гистологические заключения. | 14 дней |
|  | Гистологическое подтверждение злокачественного новообразования, молекулярно – генетическое заключение (при наличии) | Выписной эпикриз или протокол гистологического исследования |
|  | Общий анализ крови  | 5 дней |
|  | Общий анализ мочи  | 30 дней |
|  | Биохимический анализ крови (глюкоза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, щелочная фосфатаза, белок, железо, ЛДГ)  | 14 дней |
|  |  Коагулограмма  | По показаниям  |
|  | Анализы крови на ВИЧ, RW(сифилис), гепатиты В и С  | 3 месяца |
|  |  Наличие обследования зоны лечения (КТ или МРТ или ПЭТ/КТ) (диски) | 1 месяц |
|  | Рентгенография органов грудной клетки, КТ или МРТ органов грудной клетки или ПЭТ/КТ  | Не более 6 мес |
|  | ЭКГ  | 3 месяца или по показаниям |
|  | Заключение врача общей практики, акушер-гинеколога о возможности проведения процедуры или вмешательства | По показаниям  |
|  | для женщин:– заключение гинеколога – заключение маммолога - УЗИ молочных желез до 40 лет, с 40 до 50 лет маммография 1-раз в 2 года и с 50-и лет 1-раз в год | По показаниям |
| 1.
 |  ЭХО/КГ  | По показаниям  |