**Информация для пациентов**

**о правилах записи на первичный прием**

**(консультацию, обследование)**

**Для записи на прием врача фтизиатра при себе необходимо иметь следующие документы:**

1. **Паспорт**
2. **Полис**
3. **Снилс**
4. **Направление установленной формы.**

**Телефоны для записи и получения информации:**

**Взрослое амбулаторное отделение: 31-37-86**

**Детское амбулаторное отделение: 41-60-02**

 ***НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ В ГБУЗ « ЗККФПЦ», амбулаторное отделение для взрослых.***

**г.Чита, ул.Таежная 3.**

* **Направившее учреждение**
* **Ф.И.О.больного**
* **Возраст, дата рождения**
* **Фактический адрес проживания**
* **КЭА ( место работы , с какого числа л/н , сведения о ВН за последние 12 месяцев)**
* **Жалобы**
* **Анамнез жизни.**
* **Наличие контакта с туберкулезным больным(с кем, длительность, диагноз, наличие бацилловыделения, ЛУ).**
* **Болел ли ранее туберкулезом**
* **Получал лечение противотуберкулезными препаратами (какими, длительность, переносимость)**
* **Анамнез заболевания (когда появились симптомы, дата первичного обращения, куда).**
* **Объективные данные (рост, вес, состояние, температура, описание органов и систем).**
* **Параклинические данные (общие анализы крови, мочи, биохимия крови, кровь на ВИЧ, гепатиты, результаты туберкулинодиагностики, мокроты на МБТ не менее 3-х).**
* **Диагноз направившего учреждения.**
* **Дата направления: Ф.И.О. врача.**

***НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ В ГБУЗ « ЗККФПЦ», амбулаторное отделение для детей.***

**г.Чита, ул.Таежная 3.**

* **Направившее учреждение;**
* **Ф.И.О.больного ;**
* **Возраст, дата рождения ;**
* **Фактический адрес проживания;**
* **Сведения о вакцинации (ревакцинации БЦЖ);**
* **Результаты туберкулиновых проб и других тестов по годам;**
* **Сведения о контакте с больным туберкулезом (длительность, периодичность);**
* **Флюорографическое обследование окружения ребенка;**
* **Фведения о перенесенных хронических и аллергических заболеваниях;**
* **Сведения о предыдущих обследованиях и лечении у фтизиатра;**
* **Данные клинико-лабораторного обследования (общий анализ крови и мочи);**
* **Заключение соответствующих специалистов при наличии сопутствующей патологии ;**
* **Диагноз направившего учреждения;**
* **Дата направления: Ф.И.О. врача.**