Штамп поликлиники НАПРАВЛЕНИЕ НА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер полиса ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полный диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Область исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Краткий анамнез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведенное лечение (операция)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты лечения: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение (подчеркуть)

Отсутствие противопоказаний к проведению исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись направляющего врача)

Согласие пациента на проведение

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.отделением ( пред ВК)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать

Обследование назначено на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г \_\_\_\_\_\_\_ч. \_\_\_\_\_ мин.

Штамп поликлиники НАПРАВЛЕНИЕ НА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер полиса ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полный диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Область исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Краткий анамнез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведенное лечение (операция)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты лечения: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение (подчеркуть)

Отсутствие противопоказаний к проведению исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись направляющего врача)

Согласие пациента на проведение

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.отделением ( пред ВК)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать

Обследование назначено на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г \_\_\_\_\_\_\_ч. \_\_\_\_\_ мин.

Схема проезда. Подготовка.

**Видеогастродуоденоскопия ( ФГС)** – проводится натощак, достаточно 6-8 часов голода, при себе иметь полотенце. Если исследование после 14:00 допустим легкий завтрак.

**Фиброколоноскопия (ФКС)** **подготовка препаратом Мовипреп.**

**Если колоноскопия назначена на 14:00–19:00.**

Диета за 2 дня до обследования: прозрачные бульоны, чай, кофе без молока, отварное мясо, яйца, сахар, мед, каши. Диета накануне дня колоноскопии: - завтрак, обед и легкий ужин до 18:00.

В день колоноскопии с утра: только прозрачные жидкости

В день колоноскопии:

07:00–08:00 принять первый литр раствора препарата;

09:00–10:00 принять второй литр раствора препарата

После каждого принятого литра препарата необходимо выпить 500 мл разрешенной жидкости. С собой желательно иметь простынь.

Более подробная информация на [www.medexpress24.com/podgotovka](http://www.medexpress24.com/podgotovka).

Схема проезда. Подготовка.

**Видеогастродуоденоскопия ( ФГС)** – проводится натощак, достаточно 6-8 часов голода, при себе иметь полотенце. Если исследование после 14:00 допустим легкий завтрак.

**Фиброколоноскопия (ФКС)**

**подготовка препаратом Мовипреп.**

**Если колоноскопия назначена на 14:00–19:00**

Диета за 2 дня до обследования прозрачные бульоны, чай, кофе без молока, отварное мясо, яйца, сахар, мед, каши. Диета накануне дня колоноскопии: - завтрак, обед и легкий ужин до 18:00.

В день колоноскопии с утра: только прозрачные жидкости

В день колоноскопии:

07:00–08:00 принять первый литр раствора препарата;

09:00–10:00 принять второй литр раствора препарата

После каждого принятого литра препарата необходимо выпить 500 мл разрешенной жидкости. С собой желательно иметь простынь.

Более подробная информация на [www.medexpress24.com/podgotovka](http://www.medexpress24.com/podgotovka).