

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	Не более 5 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты	
4	Общий билирубин	
5	АЛТ	
6	АСТ	
7	Тимоловая проба	
8	HBsAg	
9	Anti HCV	
10	Anti HAV (по возможности)	
11	УЗИ органов брюшной полости	

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	Не более 14 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Общий билирубин	
4	АЛТ	
5	АСТ	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Тимоловая проба	
9	ГГТ	
10	Общий белок+фракции	
11	HBsAg	Не более 6 месяцев
12	Anti HCV	
13	УЗИ органов брюшной полости	Не более 1 месяца

ДИАРЕИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	Не более 10 дней
2	Копрология	
3	Результаты бактериологического исследования кала	

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	Не более 1 месяца
2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи по Нечипоренко	
4	Копрология	
5	Результаты бактериологического исследования кала	
6	Общий билирубин	
7	АЛТ	
8	АСТ	
9	Тимоловая проба	
10	Щелочная фосфатаза	
11	Холестерин	
12	Общий белок+фракции	
13	HBsAg	
14	Anti HCV	
15	Anti HAV- по возможности	
16	Ревматоидный фактор	
17	R-графия ОГК с 15 лет	
18	ЭКГ	
19	УЗИ органов брюшной полости	
20	Посев крови на стерильность	
21	Заключение осмотра оториноларинголога	
22	Заключение осмотра стоматолога	
23	Заключение осмотра эндокринолога	
24	Заключение осмотра гинеколога (для женщин)	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	Не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	Не более 10 дней
2	Общий билирубин	
3	АЛТ	
4	АСТ	
5	Тимоловая проба	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Общий белок+фракции	
9	Заключение ЛОР-врача- по возможности	

КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту вирусными гепатитами *дети в возрасте с 3-х месяцев*

№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Общий билирубин	Не более 10 дней
2	АЛТ	
3	АСТ	
4	HBsAg	
5	Anti HCV	
6	Anti HBsAg	

ПОКАЗАНИЯ для консультации БЕРЕМЕННЫХ женщин врачами-специалистами БУЗ УР «РКИБ МЗ УР»

1. Наличие или подозрение на вирусные гепатиты В,С, токсоплазмоз
2. Первичное инфицирование во время беременности или активация хронической герпетической инфекции (ВПГ 1,2 типов, вирус Herpes Zoster, вирус Эпштейна-Барра, цитомегаловирусная инфекция)
3. Контакт с воздушно-капельными инфекциями (ветряная оспа, краснуха, коклюш)
4. Укус клеща (желательно с результатом обследования клеща на вирусоформность)
5. Подозрение на внутриутробное инфицирование плода.

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ			ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней	1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней
2	Полный анализ мочи		2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты		3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты	
4	Общий билирубин		4	Общий билирубин	
5	АЛТ		5	АЛТ	
6	АСТ		6	АСТ	
7	Тимоловая проба		7	Тимоловая проба	
8	HBsAg		8	HBsAg	
8	Anti HCV		8	Anti HCV	
9	Anti HAV (по возможности)		9	Anti HAV (по возможности)	
11	УЗИ органов брюшной полости		11	УЗИ органов брюшной полости	

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ			ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней	1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней
2	Полный анализ мочи		2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты		3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты	
4	Общий билирубин		4	Общий билирубин	
5	АЛТ		5	АЛТ	
6	АСТ		6	АСТ	
7	Тимоловая проба		7	Тимоловая проба	
8	HBsAg		8	HBsAg	
8	Anti HCV		8	Anti HCV	
9	Anti HAV (по возможности)		9	Anti HAV (по возможности)	
11	УЗИ органов брюшной полости		11	УЗИ органов брюшной полости	

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ			ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней	1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 5 дней
2	Полный анализ мочи		2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты		3	Анализ мочи на уробилин и желчные пигменты	
4	Общий билирубин		4	Общий билирубин	
5	АЛТ		5	АЛТ	
6	АСТ		6	АСТ	
7	Тимоловая проба		7	Тимоловая проба	
8	HBsAg		8	HBsAg	
8	Anti HCV		8	Anti HCV	
9	Anti HAV (по возможности)		9	Anti HAV (по возможности)	
11	УЗИ органов брюшной полости		11	УЗИ органов брюшной полости	

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 14 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Общий билирубин	
4	АЛТ	
5	АСТ	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Тимоловая проба	
9	Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	
10	Общий белок+фракции	
11	HBsAg	не более 6 мес.
12	Anti HCV	не более 1 мес.
13	УЗИ органов брюшной полости	

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 14 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Общий билирубин	
4	АЛТ	
5	АСТ	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Тимоловая проба	
9	Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	
10	Общий белок+фракции	
11	HBsAg	не более 6 мес.
12	Anti HCV	не более 1 мес.
13	УЗИ органов брюшной полости	

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 14 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Общий билирубин	
4	АЛТ	
5	АСТ	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Тимоловая проба	
9	Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	
10	Общий белок+фракции	
11	HBsAg	не более 6 мес.
12	Anti HCV	не более 1 мес.
13	УЗИ органов брюшной полости	

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 14 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Общий билирубин	
4	АЛТ	
5	АСТ	
6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин	
8	Тимоловая проба	
9	Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	
10	Общий белок+фракции	
11	HBsAg	не более 6 мес.
12	Anti HCV	не более 1 мес.
13	УЗИ органов брюшной полости	

[illegible]

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА			ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 1 мес.	1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 1 мес.
2	Полный анализ мочи		2	Полный анализ мочи	
3	Анализ мочи по Нечипоренко		3	Анализ мочи по Нечипоренко	
4	Копрология		4	Копрология	
5	Результаты бактериологического исследования кала		5	Результаты бактериологического исследования кала	
6	Общий билирубин		6	Общий билирубин	
7	АЛТ		7	АЛТ	
8	АСТ		8	АСТ	
9	Тимоловая проба		9	Тимоловая проба	
10	Щелочная фосфатаза		10	Щелочная фосфатаза	
11	Холестерин		11	Холестерин	
12	Общий белок+фракции		12	Общий белок+фракции	
13	Ревматоидный фактор		13	Ревматоидный фактор	
14	Посев крови на стерильность		14	Посев крови на стерильность	
15	HBsAg		15	HBsAg	
16	Anti HCV		16	Anti HCV	
17	Anti HAV- по возможности		17	Anti HAV- по возможности	
18	ЭКГ		18	ЭКГ	
19	Р-графия ОГК с 15 лет		19	Р-графия ОГК с 15 лет	
20	УЗИ органов брюшной полости		20	УЗИ органов брюшной полости	
21	Заключение осмотра оториноларинголога		21	Заключение осмотра оториноларинголога	
22	Заключение осмотра стоматолога		22	Заключение осмотра стоматолога	
23	Заключение осмотра эндокринолога		23	Заключение осмотра эндокринолога	
24	Заключение осмотра гинеколога (для женщин)		24	Заключение осмотра гинеколога (для женщин)	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови с лейкоцитарной формулой	не более 10 дней
2	Полный анализ мочи	
3	Результат исследования клеща на вирусоформность	
4	Информация о проведении специфической иммунопрофилактики	
5	Заключение осмотра невролога	
6	Заключение осмотра окулиста- по возможности	

МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ			МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	не более 10 дней	1	Полный анализ крови	не более 10 дней
2	Общий билирубин		2	Общий билирубин	
3	АЛТ		3	АЛТ	
4	АСТ		4	АСТ	
5	Тимоловая проба		5	Тимоловая проба	
6	Щелочная фосфатаза		6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин		7	Холестерин	
8	Общий белок+фракции		8	Общий белок+фракции	
9	Заключение ЛОР-врача- по возможности		9	Заключение ЛОР-врача- по возможности	
МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ			МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	не более 10 дней	1	Полный анализ крови	не более 10 дней
2	Общий билирубин		2	Общий билирубин	
3	АЛТ		3	АЛТ	
4	АСТ		4	АСТ	
5	Тимоловая проба		5	Тимоловая проба	
6	Щелочная фосфатаза		6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин		7	Холестерин	
8	Общий белок+фракции		8	Общий белок+фракции	
9	Заключение ЛОР-врача- по возможности		9	Заключение ЛОР-врача- по возможности	
МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ			МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Полный анализ крови	не более 10 дней	1	Полный анализ крови	не более 10 дней
2	Общий билирубин		2	Общий билирубин	
3	АЛТ		3	АЛТ	
4	АСТ		4	АСТ	
5	Тимоловая проба		5	Тимоловая проба	
6	Щелочная фосфатаза		6	Щелочная фосфатаза	
7	Холестерин		7	Холестерин	
8	Общий белок+фракции		8	Общий белок+фракции	
9	Заключение ЛОР-врача- по возможности		9	Заключение ЛОР-врача- по возможности	

КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>			КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Общий билирубин	не более 10 дней	1	Общий билирубин	не более 10 дней
2	АЛТ		2	АЛТ	
3	АСТ		3	АСТ	
4	HBsAg		4	HBsAg	
5	Anti HCV		5	Anti HCV	
6	Anti HBsAg		6	Anti HBsAg	
КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>			КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Общий билирубин	не более 10 дней	1	Общий билирубин	не более 10 дней
2	АЛТ		2	АЛТ	
3	АСТ		3	АСТ	
4	HBsAg		4	HBsAg	
5	Anti HCV		5	Anti HCV	
6	Anti HBsAg		6	Anti HBsAg	
КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>			КОНСУЛЬТАЦИЯ детей по перинатальному контакту с вирусными гепатитами <i>для детей с 3-х месяцев</i>		
№ п/п	Перечень исследований	Срок годности	№ п/п	Перечень исследований	Срок годности
1	Общий билирубин	не более 10 дней	1	Общий билирубин	не более 10 дней
2	АЛТ		2	АЛТ	
3	АСТ		3	АСТ	
4	HBsAg		4	HBsAg	
5	Anti HCV		5	Anti HCV	
6	Anti HBsAg		6	Anti HBsAg	

<p><i>Вас направили на консультацию в поликлинику БУЗ УР «РКИБ МЗ УР»</i></p>	<p><i>Вас направили на консультацию в поликлинику БУЗ УР «РКИБ МЗ УР»</i></p>
<p>Если Вы идете на повторный прием, то обязательно запишитесь любым из следующих способов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - через портал Госуслуг; - через РПГУ; - по телефону 64-64-39 (регистратура для взрослых) 61-14-16 (детская регистратура) 	<p>Если Вы идете на повторный прием, то обязательно запишитесь любым из следующих способов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - через портал Госуслуг; - через РПГУ; - по телефону 64-64-39 (регистратура для взрослых) 61-14-16 (детская регистратура)
<p>Обязательно иметь при себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направление 057/у от врача; - паспорт (свидетельство о рождении); - СНИЛС; - результаты анализов и исследований по требованию 	<p>Обязательно иметь при себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направление 057/у от врача; - паспорт (свидетельство о рождении); - СНИЛС; - результаты анализов и исследований по требованию
<p>Вам нужно подойти в указанную дату, за 10-15 мин. до начала приема</p>	<p>Вам нужно подойти в указанную дату, кабинет, за 10-15 мин. до начала приема</p>
<p><i>Вас направили на консультацию в поликлинику БУЗ УР «РКИБ МЗ УР»</i></p>	<p><i>Вас направили на консультацию в поликлинику БУЗ УР «РКИБ МЗ УР»</i></p>
<p>Если Вы идете на повторный прием, то обязательно запишитесь любым из следующих способов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - через портал Госуслуг; - через РПГУ; - по телефону 64-64-39 (регистратура для взрослых) 61-14-16 (детская регистратура) 	<p>Если Вы идете на повторный прием, то обязательно запишитесь любым из следующих способов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - через портал Госуслуг; - через РПГУ; - по телефону 64-64-39 (регистратура для взрослых) 61-14-16 (детская регистратура)
<p>Обязательно иметь при себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направление 057/у от врача; - паспорт (свидетельство о рождении); - СНИЛС; - результаты анализов и исследований по требованию 	<p>Обязательно иметь при себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направление 057/у от врача; - паспорт (свидетельство о рождении); - СНИЛС; - результаты анализов и исследований по требованию
<p>Вам нужно подойти в указанную дату, за 10-15 мин. до начала приема</p>	<p>Вам нужно подойти в указанную дату, кабинет, за 10-15 мин. до начала приема</p>