Общество с ограниченной ответственностью

 **«Офтальмологическая Лазерная Клиника»**

ИНН 2901160243 / КПП 290101001 ОГРН 1072900000326 163002, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 9, корп. 2 тел (8182) 68-00-00

Перечень обязательных обследований для

**оперативного лечения катаракты**

1.ЭКГс расшифровкой + плёнка (действительно 1 месяц);

2. Флюорография грудной клетки (действительно 1 год);

3.Клинический ( общий ) анализ крови с указанием эритроцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов, гемоглобина. Протромбиновый индекс, ФГ, МНО, АЧТВ, группа крови (действителен 14 дней)

4. Анализ крови на содержание сахара (действителен 14 дней);

5. Биохимический анализ крови: креатинин, билирубин, мочевина (действителен не более 1месяца); АЧТВ, МНО, фибриноген, К, ПТИ (действителен не более 14 дней);

 6. Анализ крови на реакцию Вассермана (RW) (действителен не более 3-х месяцев);

 7. Анализ крови на гепатиты В,С (HBsAg; HCvAg) (действителен не более 3-х месяцев);

 8. Анализ крови на ВИЧ (действителен не более 6-ти месяцев);

 9 . Общий анализ мочи (действителен 14 дней);

10. Заключение стоматолога (действительно 1месяц);

11.Заключение лор- врача +( Rg придаточных пазух носа при необходимости)

12. Заключение терапевта с развернутым диагнозом об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, рекомендации (действителен 1 месяц);

11. Если Вы состоите на диспансерном учете у какого-либо специалиста, Вам необходимо предоставить дополнительное заключение: эндокринолога (для больных сахарным диабетом), кардиолога (в т.ч. после перенесенного инфаркта миокарда), невролога (в т.ч. после перенесенного инсульта), или других специалистов об отсутствии противопоказаний к проведению операции в специализированной офтальмологической клинике, с рекомендациями по лечению и при необходимости с указанием доз препаратов и схем лечения

**ВНИМАНИЕ:** для пациентов с **сахарным диабетом** анализ крови на сахар действителен в течение **10 дней**