

**Программа медицинского обслуживания «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ от 1 месяца до 1 года»  
(Амбулаторно-поликлиническое обслуживание без выезда врача - педиатра на дом)**

г. Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г

Акционерное Общество «Детская поликлиника Литфонда», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, и

гражданин РФ \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) комплексное медицинское обслуживание по Программе «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ от 1 мес. до 1 года», условия которой изложены в настоящем документе (далее – Программа).

1.2. Заказчик может пользоваться преимуществами Программы (в том числе скидками) если воспользуется медицинскими услугами, предусмотренными Программой, в комплексе (за исключением медицинских услуг, которые прямо указаны в Программе, как медицинские услуги от которых Заказчик вправе отказаться без аннулирования Программы, либо медицинских услуг, которые уже были оказаны Пациенту (ранее проведена вакцинация, или анализы получены в другом месте и т.п. В случае, если Заказчику была оказана только часть услуг из Программы, а от остальных услуг Программы Заказчик отказывается или уклоняется, то скидка **аннулируется** (не предоставляется), а услуги считаются оказанными в обычном порядке по обычным ценам Прейскуранта без предусмотренных Программой скидок.

В связи с этим сумма возврата денежных средств за не оказанные Заказчику услуги по Программе рассчитывается следующим образом: [сумма уплаченных Заказчиком в рамках Программы денежных средств] минус [стоимость фактически оказанных медицинских услуг, рассчитанная по Прейскуранту, действующему на дату оказания услуг, **без скидок**].

1.3. Срок действия Программы составляет 12 месяцев с момента ее подписания.

1.4. Оказание медицинских услуг в Поликлинике осуществляется по следующему графику: с понедельника по субботу – с 8-00 до 20-00 воскресенье – с 9-00 до 15-00, график работы в не рабочие праздничные дни определяется ежемесячно.

1.5. Плановые мероприятия, соответствующие возрасту 1, 3 и 12 месяцев входят в программу обслуживания, если в момент прикрепления возраст пациента составляет 1, 3 или 12 месяцев плюс 15 календарных дней. Указанные плановые мероприятия могут быть отменены по согласованию с родителями, если они уже проводились ранее (вакцинации, анализы и пр.)

1.6. В программу также входит услуга «подготовка и направление на плановую госпитализацию в больничные учреждения» (не более 1 раза за время действия программы), за исключением следующих лабораторных исследований: коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, скрининговое исследование на ВИЧ, сифилис. Транспортировка пациента в стационар и госпитализация осуществляется по полису ОМС

1.7. Выполнение программы также подразумевает выдачу листков нетрудоспособности по уходу за больным пациентом, медицинских справок по выздоровлению осуществляется в поликлинике.

## II. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

2.1. Плановая медицинская помощь включает в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту, по следующему графику:

Возраст	Врач-специалист	Медицинские услуги	График	Порядок оказания медицинской помощи
1 месяц	Врач педиатр	осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	В поликлинике
	Невролог			
	Хирург			
	Стоматолог			
2 месяца	Врач педиатр			
Окулист				
3 месяца	Врач педиатр			
	Невролог			
	Травматолог-ортопед			
4 месяца	Врач педиатр			
5 месяцев	Врач педиатр			
6 месяцев	Врач педиатр			

7 месяцев	Врач педиатр	осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике
8 месяцев	Врач педиатр			
9 месяцев	Врач педиатр			
10 месяцев	Врач педиатр			
11 месяцев	Врач педиатр			
12 месяцев	Врач педиатр			
	Невролог			
	Хирург			
	Травматолог-ортопед			
	ЛОР врач			
	Окулист			
	Стоматолог			

2.2. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

2.3. Врачи-специалисты и/или средний медицинский персонал могут оказывать медицинскую помощь, не входящую в программу, при наличии возможности, за наличный расчет согласно прейскуранту, действовавшего на дату оказания медицинской услуги.

2.4. Внеплановая медицинская помощь оказывается сверх плановой по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача и включает в себя оказание следующие медицинские услуги:

Оказываемые медицинские услуги	Врач	Количество приемов	Порядок оказания медицинской помощи
контроль показателей физического развития, рекомендации по рациональному питанию, физическому и психомоторному развитию, обучение родителей навыкам массажа, разработка индивидуальной медицинской программы и плана с указанным ниже графиком патронажа.	Врач педиатр	без ограничений	в поликлинике
Осмотр в случае острого заболевания	Врач-педиатр	без ограничений	
Осмотр в случае острого заболевания	ЛОР-врач	без ограничений	
Проведение малых хирургических операций (вскрытие фурункула, абсцесса, удаление доброкачественных образований (атерома, фиброма), разделение синехий половых губ)	Хирург дерматолог	не более 2-х раз за время действия программы	
Проведение ЛОР-санации очагов инфекции (промывание носа методом перемещения, промывание лакун миндалин, продувание ушей по Политцеру, массаж барабанных перепонок)	ЛОР-врач	не более 2-х раз за время действия программы.	
консультация и осмотр	Хирург	без ограничений	
	Травматолог-ортопед		
	Невролог		
	Аллерголог-иммунолог		
	Гастроэнтеролог		
	Гинеколог		
	Дерматолог		
	Инфекционист		
	Кардиолог		
	Нефролог		
	ЛОР -врач		
	Окулист		
	Травматолог-ортопед		
	Уролог		
Физиотерапевт			
Хирург			
Эндокринолог			
физиотерапия	Медсестра ФТ	10 сеансов	
массаж	Массажист	10 сеансов	

### III. ВАКЦИНАЦИЯ

3.1. Вакцинация пациента, включая осмотры врача-педиатра перед вакцинацией, проводится в объёме и в сроки, регламентированные национальным календарём профилактических прививок, всеми сертифицированными вакцинами, включая вакцины импортного производства, по медицинским показаниям и назначению врача-педиатра, в поликлинике.

Введение вакцин вне национального календаря прививок осуществляется по медицинским показаниям, по назначению врача-педиатра, за наличный расчёт, со скидкой 5% на стоимость вакцины

3.2. Проведение прививок (Вакцинопрофилактика) согласно графику плановой вакцинации:

Возраст	Вакцина	Порядок проведения
1 месяц	2 вакцинация против вирусного гепатита В	в поликлинике
2 месяца	1 вакцинация против пневмококковой инфекции	
3 месяца	1 вакцинация против: - коклюша, дифтерии, столбняка - полиомиелита инактивированной вакциной - гемофильной инфекции	
4,5 месяца	2 вакцинация против: - коклюша, дифтерии, столбняка - полиомиелита инактивированной вакциной - гемофильной инфекции - пневмококковой инфекции	
6 месяцев	3 вакцинация против - коклюша, дифтерии, столбняка- полиомиелита живой вакциной - гемофильной инфекции вакциной - 3 вакцинация против вирусного гепатита В	
12 месяцев	- реакция Манту - вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита	
Дети с 6 месяцев в эпидемический сезон (осенью) 1 раз в год	- вакцинация против гриппа	

3.3. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

### IV. ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Плановые исследования согласно графику:

Возраст	Анализы	График	Порядок оказания медицинской помощи
2 месяца	Общий анализ крови, общий анализ мочи	1 раз	Лабораторные исследования проводятся в поликлинике
1-3 месяца	УЗИ брюшной полости		
	УЗИ почек		
	УЗИ тазобедренных суставов		
	Нейросонография		
	ЭХО-КГ		
	проведение отоакустической эмиссии (по показаниям)		
10-12 месяцев	ЭКГ		
12 месяцев	Общий анализ крови, общий анализ мочи.		

4.2. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

4.3. Внеплановые исследования по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача включают в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту:

Наименование исследования	Количество исследований	Порядок выполнения исследований
Клинический анализ крови, мочи, кала	12 раз за время действия программы перед вакцинацией (по усмотрению врача-педиатра)	в поликлинике
Микробиологические исследования (посев кала, мочи, крови, мазки из носа и зева)	5 исследований за время действия программы	

сывороточные иммуноглобулины (А, М, G, Е общий)	1 раз за время действия программы	в поликлинике
АТ к тиреоидной пероксидазе		
Специфические аллергены	5 аллергенов за время действия программы	
обнаружение ротавируса в кале	1 раз за время действия программы	
обнаружение аденовируса в кале		
вирус простого герпеса 1 типа		
цитомегаловирус		
вирус Эпштейн-Барра		
коклюш		
корь		
краснуха		
паротит		
К наиболее часто встречаемым простейшим лямблиям		
К наиболее часто встречаемым простейшим токсоплазме	2 раза за время действия программы	
комплексу гельминтозов (описторхоз, эхинококкоз, токсокариоз, трихинеллез)		
К аскаридам		
хламидия		
микоплазма пневмонии	1 раз за время действия программы	
К возбудителю кандидоза (антитела к грибам рода кандиды)		
ПЦР-диагностика	2 раза за время действия программы	
Биохимические исследования крови, мочи или кала	2 раза за время действия программы	
Микроскопические исследования: отделяемое мочеполовых органов, в том числе гинекологические мазки, отделяемое уха, носа, глаз, ногтей, волос	5 исследований за время действия программы	
ИФА-диагностика гепатитов	3 параметра за время действия программы	
Гормоны – только гормоны щитовидной железы	3 параметра за время действия программы	
Рентгенологические исследования	2 исследования за время действия программы	
Ультразвуковые исследования	2 исследования каждого вида за время действия программы,	
НСГ	по назначению врача-невролога.	
ЭКГ	без ограничений	

## VI. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПРОГРАММУ

5.1. Настоящей программой не предусмотрено предоставление медицинской помощи, не предписанной лечащим врачом, обследование по требованию заказчика, наблюдение и лечение пациента в случае отказа от госпитализации, а также в случае травмы или ее последствиях, иммунопрофилактика по эпидемическим показаниям пациентам, выезжающим за рубеж.

5.2. В рамках программы не оказываются следующие виды медицинской помощи: все виды аппаратного лечения заболевания глаз; зондирование слезных путей; все виды косметических услуг: удаление бородавок, гемангиом, невусов, контагиозных моллюсков; проведение МРТ; проведение МСКТ, проведение гастродуоденоскопии; эндоскопия носоглотки; дуплексное сканирование сосудов; аудиометрия; лечение с использованием радиохирургического метода на аппарате «Сургитрон»; обследования и оформление любых справок, кроме справок в ДДУ и школу; выдача справок по состоянию здоровья на дому; оформление посылного листа на МСЭ; косметология; стоматология (за исключением профилактического осмотра врача стоматолога 1 раз за время действия программы); определение онкомаркеров; гистологические лабораторные исследования; гормональные лабораторные исследования (кроме гормонов щитовидной железы); определение антител, необходимых для диагностики аутоиммунных заболеваний; коагулограмма, определение группы крови, резус-фактора, скиринговое исследование на ВИЧ, сифилис; подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств и т.п.); в/м, в/в, подкожные инъекции (введение лекарственных веществ); вакцинация БЦЖ; тимпанометрия. импедансометрия,

## VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1 Срок действия направлений на консультации к врачам-специалистам, лабораторные и функциональные, инструментальные исследования – 1 месяц.

Исполнитель

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
действующий на основании доверенности № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Заказчик

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспорт (серия, номер, дата и место  
выдачи) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)