

Specjalistyczny Gabinet Chirurgii Plastycznej

Bielany Wrocławskie ul. Łąkowa 5

Dr n. med. MAREK WĘGRZYN

Kom.781 408 408 071/311 27 50

Specjalista Chirurgii Plastycznej i Ogólnej

www.medic-beauty.pl email: info@medic-beauty.pl

K A R T A K O N S U L T A C Y J N A

DATA KONSULTACJI DATA ZABIEGU GODZINA

Z A L E C E N I A P R Z E D Z A B I E G I E M

BADANIA (nie starsze niż 10 dni):

- grupa krwi,
- morfologia,
- układ krzepnięcia krwi: APTT, PT, INR, wskaźnik protrombinowy,
- poziom glukozy w surowicy krwi (na czczo),
- ekg,
- szczepienie p / WZW B (dwie podstawowe dawki) jest przed planowaną operacją zalecane, (proponowany schemat 0 - 7 dni - 21dni) lub oznaczenie miana przeciwciał, inne _____

INFORMACJE DODATKOWE:

- 14 dni przed planowanym zabiegiem nie należy przyjmować leków z grupy salicylanów (POLOPIRYNA, ASPIRYNA, ACARD), leków p/bólowych, p/zapalnych (IBUPROM, KRTONAL) lub pochodnych kumaryny (SINTROM)
- innych leków wpływających na układ krzepnięcia (np. preparatów zawierających WITAMINĘ E, GINKO BILOBA, CZOSNEK, ITP.) oraz należy zaprzestać palenia papierosów na 14 dni przed zabiegiem,
- w dniu zabiegu dieta ścisła (na czczo) min. 6 godzin przed operacją,
- u kobiet termin operacji nie może przypadać w czasie miesiączki,
- w przypadku operacji piersi zalecane jest aktualne badanie usg piersi z opisem,
- bez makijażu, biżuterii i lakieru na paznokciach (dotyczy kobiet).
-

Konieczność potwierdzenia operacji na min. 7 dni przed zaplanowanym terminem.

W przypadku zabiegu w znieczuleniu ogólnym wskazany wcześniejszy kontakt z anesteziologiem dr n. med. Maciejem Garncarkiem kom. 602-351-756

FORMULARZ WYWIAD

Imię i nazwisko pacjenta _____

Adres _____

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania bardzo starannie, aby można było eliminować wszystkie czynniki ryzyka. Odpowiedzi zgodne z prawdą proszę zakreślić lub podkreślić, ewentualnie uzupełnić.

W razie potrzeby chętnie pomożemy Państwu w trakcie wypełniania formularza.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy pobiera Pani / Pani jakieś leki?
Środki przeciwbólowe, środki hamujące jego krzepnięcie (np. Aspiryna, Acenokumarol albo inne), środki uspokajające, leki nasenne
albo: | NIE | TAK |
| 2. Czy choruje Pani/ Pani na schorzenia serca i układu krążenia
(np. podwyższone ciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, zawał serca, zastawkowa wada serca)?
albo: | NIE | TAK |
| 3. Czy występują u Pana / Pani częste krwawienia z nosa, zasinienia pod skórą także bez urazu, względnie po lekkim dotknięciu, zaburzenia krzepnięcia? | NIE | TAK |
| 4. Czy cierpi Pan / Pani na alergię (np. katar sienny, astma) albo nietolerancja leków przeciwbólowych, środków znieczulających, środków spożywczych, leków, plastrów, lateksu?
albo: | NIE | TAK |
| 5. Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę? | NIE | TAK |
| 6. Czy często choruje Pan / Pani na infekcję? | NIE | TAK |
| 7. Czy występuje u Pana / Pani tendencję do nadmiernego bliznowacenia? | NIE | TAK |
| 8. Czy pali Pan / Pani papierosy? | NIE | TAK |
| 9. W przypadku, jeśli już otrzymywał Pan / Pani znieczulenie miejscowe w iniekcji:
Czy po iniekcji wystąpiły powikłania?
Jeśli tak, to jakie? _____ | NIE | TAK |
| 10. Czy choruje Pan / Pani na schorzenie dziedziczne albo przewlekłe?
Jeśli tak, to jakie? _____ | NIE | TAK |
| 11. Dla kobiet w wieku rozrodczym; czy możliwe jest, że jest Pani w ciąży? | NIE | TAK |

Data

podpis pacjenta