

KARTA KONSULTACYJNA

DATA KONSULTACJI _____ DATA ZABIEGU _____ GODZINA _____

ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE

Konieczność potwierdzenia terminu na 10 dni przed zabiegiem.

BADANIA (*nie starsze niż 10 dni*):

- Grupa krwi (oryginal),
- 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:

- Na 14 dni przed planowanym zabiegiem nie należy przyjmować leków z grupy salicylanów (POLOPIRYNA, ASPIRYNA, ACARD), leków p/bólowych, p/zapalnych (IBUPROM, KETONAL, PARACETAMOL) lub pochodnych kumaryny (SINTROM, ACENOKUMAROL, PLAVIX).
- Innych leków/paraleków wpływających na układ krzepnięcia (np. preparatów zawierających WITAMINĘ E, GINKO BILOBA, CZOSNEK, OMEGA KWASY, ITP.),
- Należy zaprzestać bezwzględnie palenia papierosów na 14 lub 30 dni przed zabiegiem,
- **W dniu zabiegu obowiązuje 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 (co dwa lata) z radiologicznym opisem,
- Pacjentki do zabiegu proszone są o przyjście bez makijażu, a zwłaszcza biżuterii (nie odpowiadamy za nią) (bez balsamów w przypadku operacji piersi, nosa na dwa dni przed terminem zabiegu !).

Konieczność potwierdzenia terminu na 10 dni przed zabiegiem.

(z zalecanymi badaniami)

**W przypadku zabiegu w znieczuleniu ogólnym wskazany wcześniejszy kontakt z anestezjologiem
dr n. med. Maciejem Garncarkiem kom. 602-351-756 (od poniedziałku do piątku 10.00-18.00)**

WYWIAD - FORMULARZ PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta _____

PESEL _____

Adres _____

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania bardzo starannie, aby można było wyeliminować wszystkie możliwe czynniki ryzyka. **Odpowiedzi zgodne z prawdą proszę zakreślić kółkiem, ewentualnie uzupełnić.**

W razie potrzeby chętnie pomożemy Państwu w trakcie wypełniania formularza.

1. Czy pobiera Pan/ Pani jakieś leki? NIE TAK

Środki przeciwbólowe, środki hamujące krzepnięcie krwi (np. Aspiryna, Acenocumarol albo inne), środki uspokajające, leki nasenne lub inne

Jakie:

2. Czy choruje Pan/ Pani na schorzenia serca i układu krążenia NIE TAK

(np. podwyższone ciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, zawał serca, zastawkowa wada serca) lub inne choroby ?

Jaki
e:

3. Czy występują u Pana / Pani częste krwawienia z nosa, zasinienia NIE TAK

pod skórą, także bez urazu, względnie po lekkim dotknięciu, zaburzenia

krzepnięcia?

Jakie:

4. Czy cierpi Pan/ Pani na alergie (np. katar sienny, astma) albo NIE TAK

nietolerancje leków przeciwbólowych, środków znieczulających, środków spożywczych, leków, plastrów, lateksu?

Jakie:

5. Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę? NIE TAK

6. Czy często choruje Pan/ Pani na infekcje? NIE TAK

Czy występuje u Pana / Pani tendencję do nadmiernego bliznowacenia?

NIE TAK

7. Czy pali Pan / Pani papierosy? NIE TAK

W przypadku, jeśli już otrzymał Pan/Pani znieczulenie miejscowe w iniekcji(zastrzyku):

Jeśli tak, to jakie? _____

9. Czy choruje Pan / Pani na schorzenie dziedziczne albo przewlekłe? NIE TAK

Jeśli tak, to jakie? _____

10. Dla kobiet w wieku rozrodczym; czy możliwe jest, że jest Pani w ciąży? NIE TAK

Data _____

Podpis pacjentki/a _____