

ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE - badania - nie starsze niż 10-12 dni

- Grupa krwi
- Morfologia krwi
- Układ krzepnięcia krwi: aPTT, PT, INR
- Elektrolity - Na, K
- Poziom glukozy w surowicy krwi (na czczo)
- Badanie EKG
- Przy zabiegach piersi USG piersi z opisem radiologicznym (badanie ważne 6 miesięcy)
- Zalecane nie wymagane - Szczepienie p / WZW B lub oznaczenie miana przeciwciał

INFORMACJE DODATKOWE

Na 14 dni przed planowanym zabiegiem nie należy przyjmować leków zmieniających krzepnięcie krwi tj.:

1. Salicylanów np.: Kwas acetylosalicylowy - ASPIRYNA/POLOPIRYNA, itp.
2. Pochodnych kumaryny np.: Acenokumarol, Warfaryna, Coumafen, itp.
3. Inhibitorów agregacji płytek np.: Clopidogrel, Dipiridamol, itp.

Proszę sprawdzić na lekach substancje chemiczną - nazwa handlowa może się różnić

- Innych leków wpływających na układ krzepnięcia np.: preparatów zawierających Witaminę E, Ginko Biloba - miłorząb japoński, Czosnek, Omega kwasy, itp.
- Należy zaprzestać palenia papierosów na min 14 dni przed zabiegiem i nie palić minimum 14 dni po zabiegu - dotyczy to standardowego tytoniu jak i papierosów/fajek elektronicznych
- **W dniu zabiegu w znieczuleniu obowiązuje dieta ścisła - na czczo min. 6 godzin przed operacją**
- Pacjentki do zabiegu proszone są o przyście bez makijażu i biżuterii

Prosimy o potwierdzenie zabiegu
na 10 dni przed planowanym
terminem na adres email

marek.adam.paul@gmail.com

podpis pacjentki

drPaul | Klinika

imię i nazwisko

data urodzenia/PESEL

adres

Przychodnia Medicus sp. z o.o.
Reptowska 20, Bytom
+48 573 432 241
info@drpaul.pl

Wywiad chorobowy w kierunku chorób i uczuleń

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

	tak	nie
Czy pobiera Pan/ Pani jakieś leki? Środki przeciwbólowe, środki hamujące krzepnięcie krwi (np. Leki przeciw płytkowe - Aspiryna, Antagoniści witaminy K-Acenokumarol albo inne), środki uspokajające, leki nasenne? Jakie?		
Czy choruje Pan/ Pani na schorzenia serca i układu krążenia - np.: podwyższone ciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, zawał serca, zastawkowa wada serca, inne wady serca? Jaka?		
Czy występują u Pana / Pani częste krwawienia z nosa, zasinienia pod skórą, także bez urazu, względnie po lekkim dotknięciu, zaburzenia krzepnięcia? Jakie?		
Czy cierpi Pan/ Pani na alergie (np. katar sienny, astma) albo nietolerancje leków przeciwbólowych, środków znieczulających, środków spożywczych, leków, plastrów, lateksu? Jakie?		
Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę?		
Czy często ma Pan/ Pani na infekcje?		
Czy występuje u Pana / Pani tendencję do nadmiernej obojętności?		
Czy pali Pan / Pani papierosy?		
W przypadku, jeśli już otrzymywał Pan/Pani znieczulenie miejscowe w iniekcji (zastrzyku) czy wystąpiły powikłania? Jakie?		
Czy choruje Pan / Pani na schorzenie dziedziczne albo przewlekłe? Jakie?		
Dla kobiet w wieku rozrodczym; czy możliwe jest, że jest Pani w ciąży?		

data i podpis pacjentki

drPaul | Klinika

imię i nazwisko

data urodzenia/PESEL

adres

Przychodnia Medicus sp. z o.o.
Reptowska 20, Bytom
+48 573 432 241
info@drpaul.pl

Wywiad epidemiologiczny w kierunku ryzyka zakażenia wirusem HBV, HCV

**Dotyczy okresu 6 miesięcy
przed przyjęciem do kliniki**

Czy chorował(a) Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? Jeśli tak, kiedy?

Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) w innych placówkach Ochrony Zdrowia? W tym także gabinetach prywatnych?
Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy miał(a) Pan/Pani kontakt z chorym na WZW B, WZW C? Jeśli tak, gdzie?

Czy otrzymywał(a) Pan/Pani iniekcje, kroplówki, transfuzje? * Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)? Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy był(a) Pan/Pani szczepiony(a) przeciw WZW B (potocznie żółtaczką)? Jeśli tak to, ile razy i kiedy?

Czy miał(a) Pan/Pani oceniany antygen HbS i przeciwciała anty-HCV?

Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane badania endoskopowe? Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plombę, usuwanie kamienia nazębnego) Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług lekarzy okulistów? Jeśli tak, gdzie i kiedy?

Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.) Jeśli tak, gdzie i kiedy?

data i podpis pacjentki

drPaul | Klinika