

**Žádost o předoperační vyšetření**

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Bydliště:.....

Zdravotní pojišťovna.....

Telefonní kontakt:.....

Kontakt na příbuzné (jméno, vztah):.....

Praktický lékař (jméno, adresa):.....

Potřebujete vystavit PN? Pokud ano (vyplňte následující řádky)

Zaměstnavatel:.....

Profese:.....

Heslo pro telefonickou komunikaci:.....

Váha:..... Výška:.....

**Druh operace:**.....**Datum přijetí do nemocnice:**.....

## Pokyny pro pacienta:

- ✓ S tímto formulářem se nejprve objednejte na interní ambulanci v Sušické nemocnici s.r.o. (tel.: 376 530 241), kde Vám bude provedeno předoperační vyšetření.
- ✓ Před termínem předoperačního vyšetření a se žádankou na klinické vyšetření se dostavte do odběrové místnosti v Sušické nemocnici nebo na poliklinice (buďte lační a přineste s sebou ranní moč).
- ✓ Pouze s kompletním a dokončeným vyšetřením můžete být zařazen/a do operačního programu.
- ✓ V určený termín se dostavte na oddělení jednodenní chirurgie v 1. patře Sušické nemocnice v 7:00 k hospitalizaci.
- ✓ S sebou přineste:
  - Předoperační vyšetření
  - Vyplněný a podepsaný předoperační dotazník
  - Občanský průkaz
  - Průkaz zdravotní pojišťovny
  - Léky, které trvale užíváte
  - K výkonu se dostavte nalačno
  - K večeři lehkou stravu

## Žádost o předoperační vyšetření

**PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ**

Doba platnosti předoperačního vyšetření – 14 dnů, není-li důvod vyžadovat nové vyšetření (např. při změně zdravotního stavu od posledního vyšetření)	
Předoperační vyšetření	Interní ambulance, praktický lékař
Laboratorní vyšetření	Viz. žádanka
Věk nad 40 let	EKG
Věk nad 50 let	RTG S+P

**DOTAZNÍK PRO PACIENTA**

<b>Léčiva</b>		
Užíváte trvale léky?	ANO	NE
Pokud ANO, vypište jaké:		
<b>Alergie</b>		
Máte alergii?	ANO	NE
Pokud ANO, vypište na co:		
Jakým způsobem se alergie projevuje?		

**Trpíte některou z uvedených chorob?**

Onemocnění srdce	ANO	NE
Vysoký krevní tlak (hypertenze)	ANO	NE
Cukrovka	ANO	NE
Onemocnění štítné žlázy	ANO	NE
Onemocnění plic	ANO	NE
Onemocnění ledvin	ANO	NE
Onemocnění jater	ANO	NE
Křečové žíly	ANO	NE
Měl/a jste již dříve anestézii?	ANO	NE
Byly při anestézii nějaké komplikace?	ANO	NE
Zvracíte po anestézii?	ANO	NE
Měl/a jste v posledních 14 dnech akutní infekční onemocnění?	ANO	NE

## Žádost o předoperační vyšetření

Kouříte?	ANO	NE
Pijete alkohol pravidelně?	ANO	NE
Užíváte jiné omamné látky?	ANO	NE
Dostal/a jste již někdy krevní transfuzi?	ANO	NE
Měl/a jste při jejím podání nějakou nežádoucí reakci?	ANO	NE
Máte snímatelnou zubní náhradu?	ANO	NE
Máte viklavé zuby?	ANO	NE
Máte ještě jiné onemocnění?	ANO	NE
Pokud ano, jaké?		
<b>Ženy v reprodukčním věku:</b>		
Užíváte hormonální antikoncepci?	ANO	NE
Jste těhotná?	ANO	NE

**Vysazování léků před operačním výkonem**

Metformin	2 dny
Warfarin	5 dnů (event. přejít na nízkomolekulární heparin)
Xarelto	48 hodin
Pradaxa	3 dny
Eliquis	48 hodin
Clopidogrel	5 dnů
Selegilin	3 týdny
Anopyrin	5 dnů

Jiné údaje, které považujete za důležité:

Datum:

Podpis pacienta/ky:

Razítko odbornosti, jmenovka a podpis indikujícího lékaře: