

ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE

Szanowna Pani, Szanowny Panie

1. Każda operacja powinna być wykonana wtedy, gdy stan zdrowia pacjenta jest optymalny. Wyklucza się operację, kiedy występuje: jakakolwiek infekcja, katar, gorączka lub inna trwająca choroba. (u kobiet miesiączka nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu);
2. Przed zabiegiem należy wykonać niezbędne badania w zależności od planowanego rodzaju znieczulenia:
 - ☒ znieczulenie ogólne:
 - RTG klatki piersiowej z opisem (ważne rok),
 - EKG z opisem (ważne tydzień),
 - badania krwi: aPTT, INR, morfologia, grupa krwi z Rh, jonogram (ważne do 3 dni),
 - w razie potrzeby/względnie na życzenie lekarza: badanie ogólne moczu, anty-HBS, anty-HCV,
 - kilkakrotne (3 dni przed zabiegiem rano i wieczorem) badanie ciśnienia tętniczego krwi (prosimy zanotować!)
 - ☒ znieczulenie przewodowe (do kręgosłupa, znieczulenie podpajęczne):
 - badania krwi: aPTT, INR, morfologia, grupa krwi z Rh, jonogram (ważne do 3 dni),
 - w razie potrzeby/względnie na życzenie lekarza: badanie ogólne moczu, anty-HBS, anty-HCV,
 - kilkakrotne (3 dni przed zabiegiem rano i wieczorem) badanie ciśnienia tętniczego krwi (prosimy zanotować!)
 - ☒ znieczulenie miejscowe:
 - badania krwi: aPTT, INR, morfologia (ważne do 3 dni),

Bez względu na planowaną metodę znieczulenia należy przestrzegać poniższych zaleceń:

1. Proszę zabrać ze sobą karty wypisowe (informacyjne) z poprzednich pobytów w szpitalu, ostatnie wyniki badań związane z przebytymi/obecnymi chorobami
2. Przynajmniej **6 godzin** przed znieczuleniem nie jeść, nie pić i nie palić papierosów.
3. W dniu przyjęcia na zabieg można popić – minimalną ilością płynu - niezbędne leki (nadciśnieniowe, lub inne, których przyjęcie uzgodniono wcześniej z lekarzem)
4. Przed udaniem się na salę operacyjną prosimy:
 - ☒ wyjąć protezy dentystyczne, zarówno częściowe, jak i pełne;
 - ☒ zdjąć biżuterię (kolczyki, łańcuszki, pierścionki, obrączkę);
 - ☒ zmyć makijaż i usunąć lakier z paznokci;
5. Pacjenci opuszczający klinikę bezpośrednio po zabiegu powinni:
 - mieć towarzystwo osoby dorosłej
 - mieć zapewnioną - do rana następnego dnia - opiekę osoby dorosłej
 - nie kierować pojazdami mechanicznymi przez 6-12 godzin po znieczuleniu (w zależności od jego rodzaju)
 - mieć dostęp do telefonu i w razie wątpliwości kontaktować się z chirurgiem operującym (dr hab. n. med. Prof. nadzw. Jacek Śmigielski tel. 601 365926) lub, gdy nie jest on osiągalny (a dzieje się coś niepokojącego) z lekarzem pierwszego kontaktu lub pogotowiem ratunkowym.

Powyższe dane są traktowane jako tajemnica lekarska.

KWESTIONARIUSZ PRZEDOPERACYJNY

Imię i Nazwisko: _____

Wiek: _____

Telefon komórkowy: _____

Waga ciała w kg i wzrost w cm: _____

Data planowanej operacji (nie wypełniać, gdy nie ustalono): _____

Dolegliwości, choroby	Wpisać odpowiedź T jeśli TAK lub N jeśli NIE; gdy odpowiedź na jedno z pytań jest TAK , proszę podać szczegóły na końcu ankiety
Choroby serca	
Bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, omdlenia	
Wysokie ciśnienie tętnicze krwi	
Astma oskrzelowa, zapalenie oskrzeli	
Inne choroby płuc	
Duszność przy wysiłku lub w nocy	
Cukrzyca	
Choroby tarczycy	
Choroby nerek lub kłopoty z moczem	
Padaczka lub drgawki	
Anemia lub inne choroby krwi	
Żylaki kończyn dolnych	
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	
Inne poważne schorzenia, jeśli TAK to jakie:	
Jak dawno było ostatnie badanie lekarskie	Ile lat lub ile miesięcy temu :
Jak dawno były ostatnie badania krwi?	Ile lat lub ile miesięcy temu :
Czy pali Pani Pan papierosy? (ile na dzień, przez ile lat)	
Czy pije Pani Pan alkohol? (jakie ilości na tydzień)	
Czy ma Pani Pan ruchome zęby, mostki, protezy?	
Czy ma Pani Pan rozrusznik lub jakieś implanty?	
Kobiety: Czy jest Pani w ciąży?	
Czy stosuje Pani leki antykoncepcyjne?	
Proszę wymienić wszystkie przyjmowane leki	
Czy jest Pani Pan uczulony na jakieś leki lub substancje?	
Proszę wymienić poprzednie operacje i lub znieczulenia(w którym były roku)	

Czy były u Pani / Pana lub członków rodziny jakieś problemy związane ze znieczuleniem?	
Czy jest jeszcze coś, o czym powinien wiedzieć chirurg lub anestezjolog?	
Czy coś teraz Pana Panią boli? Proszę opisać lokalizację bólu i jego nasilenie zwykłe i największe. Proszę do opisu użyć skali od 0 do 10 (0 znaczy że nie ma bólu, 10 - maksymalny ból, jaki można sobie wyobrazić)	
Gdy na jakies z powyższych pytań odpowiedź była TAK – proszę tutaj szczegółowo opisać na czym polega choroba, jakie są przyjmowane leki, itd	
Podpis (przesłanie kwestionariusza mailem jest równoznaczne z podpisem)	Data

Karta badań dodatkowych – wydrukuj i zabierz ze sobą przy pobieraniu krwi i wykonywaniu innych badań

Spis badań do wykonania wg planowanego sposobu znieczulenia

Rodzaj znieczulenia			Co jest badane?
miejscowe	do kręgosłupa	ogólne	
	Grupa krwi	Grupa krwi	Krew ciśnienie Czynniki krzepnięcia
aPTT	aPTT	aPTT	
morfologia	morfologia	morfologia	
INR	INR	INR	
ciśnienie krwi	ciśnienie krwi	ciśnienie krwi	
	jonogram	jonogram	Elektrolity
		Kreatynina	Nerki
		Glukoza	Trzustka
		EKG (z opisem)	Serce
		RTG płuc (z opisem)	Płuca
opcjonalnie	opcjonalnie	opcjonalnie	opcjonalnie
anty-HBs	anty-HBs	anty-HBs	Antygeny wirusowe
anty-HCV	anty-HCV	anty-HCV	
		Badanie ogólne moczu	Układ moczowy