

KARTA KONSULTACYJNA

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

- Morfologia krwi
- Układ krzepnięcia krwi: aPTT, PT, INR
- **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, Dipyridamol, 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

WYWIAD CHOROBY

w kierunku chorób i uczuleń

Imię i Nazwisko _____

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? Środki przeciwbólowe, środki hamujące krzepnięcie krwi (np. Leki przeciw płytkowe - Aspiryna, Antagoniści witaminy K - Acenokumarol albo inne), środki uspokajające, leki nasenne?

NIE TAK

Jakie? _____

2. Czy choruje Pan/ Pani na schorzenia serca i układu krążenia - np.: podwyższone ciśnienie tętnicze, dusznica bolesna, zawał serca, zastawkowa wada serca, inne wady serca?

NIE TAK

Jaka? _____

3. Czy występują u Pana / Pani częste krwawienia z nosa, zasinienia pod skórą, także bez urazu, względnie po lekkim dotknięciu, zaburzenia krzepnięcia?

NIE TAK

Jakie? _____

4. Czy cierpi Pan/ Pani na alergie (np. katar sienny, astma) albo nietolerancje leków przeciwbólowych, środków znieczulających, środków spożywczych, leków, plastrów, lateksu?

NIE TAK

Jakie? _____

5. Czy choruje Pan / Pani na cukrzycę?

NIE TAK

6. Czy często ma Pan/ Pani na infekcje?

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 (zastrzyku) Czy wystąpiły powikłania?

NIE TAK

Jakie? _____

10. Czy choruje Pan / Pani na schorzenie dziedziczne albo przewlekłe?

NIE TAK

Jakie? _____

11. Dla kobiet w wieku rozrodczym; czy możliwe jest, że jest Pani w ciąży?

NIE TAK

Data i podpis pacjentki/ta _____

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY
w kierunku ryzyka zakażenia wirusem HBV, HCV

Imię i Nazwisko _____

PESEL: _____

Adres _____

Dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do kliniki

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. 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/ta _____