{Příjmení a jméno}

{Rodné číslo}
{Pojišťovna}

Výkon provedeme v zařízení „Lékaři na Cihlářské“, Družstevní čtvť 3160/19, Hodonín (do navigace zadejte adresu U Cihelny 12, Hodonín, je to protější dům) www.lekarinacihlarske.cz

Prosím o přijetí a přípravu před celkovou anestezií.

Plánováno provedení

Dg:N840, N925

Operace plánována na den    202

Nástup k hospitalizaci v den operace, den předem bude volat sestřička a domluví s Vám přesnou hodinu nástupu. Můžete si připravit i další dotazy.

Přijďte 15 min. před plánovaným výkonem

Oznamte mi prosím předem pokud by se výkonu musel odložit z jakékoliv přičiny. V případě pooperačních komplikací či neobvyklé zdravotní situace mne telefonicky kontaktujte na tel. 608 888 510.

Šest hodiny před nástupek k výkonu nejezte a nepijte.

Den předem cca v 20,00 si aplikujte jednu injekci Fraxiparinu. Durhou vezměte s sebou.

Vezměte si s sebou prosím menstruační vložky na které jste zvyklá.

Nejdříve za hodinu po plánovaném výkonu za doprovodu můžete odejít domů.

Děkuji

                                     DOTAZNÍK PŘED ANESTÉZIÍ

Jméno pacienta:  {Jméno a příjmení}  …… rodné číslo:  {Rodné číslo}……
1. věk .....  …….výška (cm) …………..……… váha (kg) … {Váha}  … povolání …………..……..…

    pěstuji sport                                                                   ne                                               ano a jaký …………………………………
    kouřím                                                                            ne                                               ano a kolik cigaret za den ……...…………
    piji alkohol                                                                     ne                                               ano a kolik denně ….……..…………...……
    jsem těhotná                                                                  ne                                                ano sice v ……………… týdnu těhotenství

2. užívám pravidelně léky                                                  ne                                                ano jaké a kdy…….………...………………
    (též antikoncepční přípravky a acylpirin)                                                                          …………………..……..……………

3. prodělal(a)jsem operace                                               ne                                                ano a jaké ………..…………...……………
                                                                                                                                              ………………...………………..……………
4. problémy při předešlé narkóze                                      ne                                               ano a jaké ………...………..………………

5. jsem trvale nebo občas v lékařském ošetření               ne                                               ano a proč ……….…...………...………

6. dostal(a) jsem transfúzi krve                                         ne                                               ano, komplikace ……..….…………………

7. nosím zubní protézu                                                       ne                                               ano …………………………….………
     mám špatné nebo volné zuby                                       ne                                               ano …………………………….…………

8. snáším špatně ovoce sladkosti                                     ne                                                ano, problémy …………….…...…………

9. snáším špatně kávu                                                       ne                                               ano, problémy …….……………...………

10. mám alergii                                                                 ne                                                ano a které ………………………..…………

11. nesnáším určité léky                                                   ne  a                                            no a které …….…..…………………………

12. mám nebo prodělal(a) jsem některé z následujících onemocnění:
     a) srdce                                                                        ne                                                 ano a které ……….……….…………………
     b) krevního oběhu (včetně krevního tlaku)                  ne                                                 ano a které ……….……………….…………
     c) cév                                                                            ne                                                 ano a které ……..……………..……………
     d) plic                                                                           ne                                                  ano a které ………..…………………………
     e) jater                                                                          ne                                                 ano a které …………..………………………
     f) ledvin a prostaty                                                       ne                                                 ano a které …………………..………………
     g) látkové výměny (dna, cukrovka)                               ne                                                 ano a které ……………………..……………
     h) svalů                                                                         ne                                                 ano a které …………..………………………
     i) štítné žlázy                                                                 ne                                                 ano a které …………………………..………
     j) kostí, kloubů, páteře                                                   ne                                                ano a které ……………………..……………
    k) neurologické onemocnění                                          ne                                                 ano a které ……………..……………………
    l) psychiatrické onemocnění                                           ne                                                 ano a které ……………………………..……
   m) očí (šedý a zelený zákal)                                             ne                                                 ano a které ………………………..…………
   n) nádorové onemocnění                                                 ne                                                  ano a kterého orgánu ……………..…
   o) krve                                                                              ne                                                 ano a které ……………………..……………
   p) krvácení, časté modřiny                                               ne                                                 ano a odkud ……….…………………………

13. můj pokrevný příbuzný má (měl):
       svalové onemocnění                                                     ne                                                ano a které ……………...………....……
       onemocnění krve                                                           ne                                                ano a které ………….…………….…………
       příhodu při narkóze                                                       ne                                                ano a jakou ……………...…….……………

14. bral jsem-beru některou z návykových látek                 ne                                                ano a kterou ………...……………………..

                                                INFORMOVANÝ SOUHLAS PŘED ANESTEZIÍ

 Vážená paní,

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař - anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestezii nebo v místním znecitlivění.
Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí. Bezbolestnost je zajištěna injekcí léku do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná nejvhodnější postup anestézie, její výhody, ale i možné komplikace, neboť každý lékařský zákrok má svá rizika.
Prosíme Vás, abyste zodpověděl(a) všechny otázky uvedeného dotazníku podle nejlepšího vědomí a svědomí. Závisí na tom Vaše bezpečnost a zdraví.

Před jakoukoliv anestézií je nutno splnit následující podmínky:
1. Nejezte a nepijte 6 hodin před operací. Vdechnutí zvratků může mít závažné důsledky. Léky naordinované anesteziologem však můžete zapít malým množstvím tekutiny.
2. Jste-li kuřák, vzdejte se nikotinu nejméně 24 hodin před operací. Snížíte tím riziko plicních komplikací  během operace a po ní.
3. Těsně před operací odstraňte z úst všechny snímatelné zubní náhrady.
4. Po ambulantním zákroku provedeném v narkóze je Vaše reakční schopnost silně snížena po dobu 24 hodin. Proto v tomto časovém úseku nesmíte řídit motorové vozidlo. Domů můžete jít jen s doprovodem a to v určeném časovém odstupu od konce výkonu.

Prohlášení o souhlasu s anestézií
Porozuměl(a) jsem v plném rozsahu informacím obsažených v tomto listu, dotazníku i výkladu anesteziologa a mé dotazy jsme projednali.
Souhlasím s plánovaným anesteziologickým postupem
             celková anestezie
             místní znecitlivění
včetně dalších nutných zákroků k uskutečnění operace. O riziku, které z toho vyplývá, jsem byl dodatečně informován. Souhlasím s dodatečnými opatřeními, která se ukáží jako nutná následkem nepředvídatelných okolností. Byl jsem upozorněn na možnost darování vlastní krve k některému typu operace.

Mám výhrady:…………………………………………………………………………………………………….

Datum …   {Datum}                                                         Podpis pacienta …………………………..………

Pacientovi bylo vysvětleno ………………………………... Podpis lékaře …MUDr. Martin Smoleja

**Průvodní list k zásilce histologického materiálu**

Odesilatel                      : MUDr. O.Kadlec, Havlíčkova 15, 69501 Hodonín
                                        IČZ  {Lékař IČZ} , IČO  {Zařízení IČ} , info@gynho.cz,
                                        tel. 608888510, 518355055
Příjmení a jméno           : {Jméno a příjmení}

Rodné číslo                   : {Rodné číslo}

Pojišťovna                     : {Pojišťovna}
Odběr dne                     : {Datum}
Klinická diagnoza          : {Hlavní diagnóza}
Fixační tekutina             : formaldehyd 10%
Poslední menses           : {Poslední menses}
Předmět vyšetření         : mat. I. hrdlo  II. dutina III. polyp
Odběr provedl               : {Lékař}

Děkuji

                                               **Průvodní list k zásilce histologického materiálu**

Odesilatel                      : MUDr. O.Kadlec, Havlíčkova 15, 69501 Hodonín
                                       IČZ  {Lékař IČZ} , IČO  {Zařízení IČ} , info@gynho.cz,
                                        tel. 608888510, 518355055
Příjmení a jméno           : {Jméno a příjmení}

Rodné číslo                   : {Rodné číslo}

Pojišťovna                     : {Pojišťovna}
Odběr dne                     : {Datum}
Klinická diagnoza          : {Hlavní diagnóza}
Fixační tekutina             : formaldehyd 10%
Poslední menses           : {Poslední menses}
Předmět vyšetření         : mat. I. hrdlo  II. dutina III. polyp
Odběr provedl               : {Lékař}

Děkuji