{Příjmení a jméno}  
{Rodné číslo}  
{Pojišťovna}  
  
  
Výkon provedeme v zařízení Lékaři na Cihlářské, Cihlářská čtvrť 19, Hodonín ( Protější dům je na adrese U Cihelny 12, kvůli lepší orientaci, vizualizace na www.lekarinacihlarske.cz ), vchod C. Zde vstupte a zazvoňte, vyčkejte prosím příchodu sestry.  
Prosím o přijetí a přípravu před celkovou anestezií.   
Plánováno provedení   
Dg:N840, N925  
Operace plánována na den {Datum}   
Výkon plánován v den přijmu po upřesnění sestřičkou, která bude volat den předem.  
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.  
Poučení: v případě, že v domácím prostření vznikne odpad ze zdravotní péče, je klasifikován jako nebezpečný odpad a dle toho s ním musí být nakládáno tak, aby nedošlo k ohrožení Všeho zdraví a poškození životního prostředí. Ostré předměty (jehly, ampule apod.) a nepoužitá léčiva je nutno odevzdat na vyčleněném sběrném místě v lékárně

**Vezměte si s sebou prosím**

menstruační vložky na které jste zvyklá, toaletní potřeby, ručník, telefon, nabíječku, léky od lékařů co užíváte pravidelně.

Sundejte prosím gelový nehty nebo lak z prstů aspoň z jedné ruky.

Den předem cca v 20,00 si aplikujte jednu injekci Inhixy. Zbytek balení  vezměte s sebou.

Před laparoskopickou operaci je vhodnější použít stahovací punčochy, stehenní, Ty si můžete u nás zakoupit ( nebo použít své)  u nás za poplatek 300 Kč.

Šest hodiny před nástupem k výkonu nejezte ani nepijte.

Pokud je před operačním zákrokem nutné vyprázdnění střev, dbejte pokynů sestry která Vás bude kontaktovat den před operací. Vyprazdňování je vhodné provádět od 13,00 hodin,  dne před operací.

Pro lepší hojení vnitřních operačních ran se může použít preparát 4DryField , je to prášek co se nanese na pooperační místa. Preparát není hrazen ze zdravotního pojištění. Cena je 4000 Kč. V případě že byste měla zájem, tak to prosím řekněte sestře co Vám bude volat před operaci.

Den předem Vám bude volat Gabriela Trávníková , tel 774 111 261, Blanka Stehlíková tel 604 209 815.   
  
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. 

                                       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 :  I.                               II.                           III.   
Odběr provedl : {Lékař}  
  
Děkuji

**Průvodní list k zásilce cytologického 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.                                      II. laváž dutiny břišní  III.   
Odběr provedl               : {Lékař}

Děkuji