

"CHABER" Sp. z o. o.

M-MED LECZENIE SZPITALNE

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY

kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670

53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20

Tel. 513902248, 513902282

NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Przedstawicielem ustawowym, opiekunem faktycznym, * jest Pan/Pani

Imię /imiona/ i nazwisko

Adres:

Nr. Telefonu.....

- *Niepotrzebne skreślić*
- *Dotyczy dzieci, pacjentów będących pod opieką, osób ubezwłasnowolnionych*

UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jest:

1. Imię /imiona/ i nazwisko

Adres:

Nr. Telefonu.....

2. Imię /imiona/ i nazwisko

Adres:

Nr. Telefonu.....

Osobą odpowiedzialną za odebranie mnie po zabiegu i zapewnieniu mi opieki jest

1. Imię /imiona/ i nazwisko

Adres:

Nr. Telefonu.....

2. Imię /imiona/ i nazwisko

Adres:

Nr. Telefonu.....

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

Data

.....
/podpis pacjenta/

.....
/podpis przedstawiciela ustawowego/

"CHABER" Sp. z o. o.

M-MED LECZENIE SZPITALNE
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY
kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670
53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20
Tel. 513902248, 513902282
NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU OPERACYJNEGO PRZYKURCZU DUPUYTRENA

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

I. INFORMACJE DLA PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

DEFINICJA:

PRZYKURCZ DUPUYTRENA PROWADZI DO PRZEROSTU I BLIZNOWACENIA ROZCIĘGNA DŁONIEGO PALCÓW, CO SKUTKUJE PRZYKURCZEM ZGIĘCIOWYM (ZWYKLE CZWARTEGO I PIĄTEGO PALCA). POSTĘPUJĄCE PRZYKURCZE **UTRWALAJĄ POZYCJĘ ZGIĘCIOWĄ PALCÓW** W CIĄGU 6-12 MIESIĘCY OD POWSTANIA CHOROBY. NIELECZONY PRZYKURCZ MOŻE DOPROWADZIĆ DO ZNACZĄCEGO OGRANICZENIA SPRAWNOŚCI RĘKI, UTRUDNIAJĄC CODZIENNE CZYNNOŚCI (WKŁADANIE DŁONI DO KIESZENI, WIĄZANIE BUTÓW, ZAHACZANIE PALCAMI PRZY POWITANIU ITD.).

PRZYCZYNY:

DO POWSTANIA PRZYKURCZU PRZYCZYNIĄ SIĘ WIELE CZYNNIKÓW, ZWIĄZANYCH Z **POWIKŁANAMI GENETYCZNYMI** ORAZ **WSPÓLSTNIENIEM CHORÓB UKŁADU NERWOWEGO** (NERWU ŁOKCIOWEGO, KORZENI NERWOWYCH SPLOTU RAMIENNEGO ITP.).

W PŁYW NA ROZWÓJ CHOROBY MAJĄ TEŻ POWTARZAJĄCE SIĘ URAZY I PRZECIĄŻENIA TKANEK MIĘKKICH, WYWOŁUJĄCE DROBNE WYLEWY DO ROZCIĘGNA. SKUTKUJĄ ONE WŁÓKNIENIEM TKANKOWYM.

WEDŁUG LEKARZY, ISTNIEJE KORELACJA MIĘDZY WYSTĘPOWANIEM PRZYKURCZU, A **CHOROBA ALKOHOLOWĄ, CUKRZYCĄ I PADACZKĄ.**

OBJAWY PRZYKURCZU DUPUYTRENA:

- PRZYKURCZ ROZCIĘGNA DŁONIEGO,
- PRZYKURCZ ZGIĘCIOWY PALCÓW,
- ZWĘŻENIE DŁONI W SYTUACJI, GDY PRZYKURCZOWI ULEGA WARSTWA POPRZECZNA ROZCIĘGNA,
- WCIĄGNIĘCIA SKÓRY, DELIKATNE ZGRUBIENIA TKANKI PODSKÓRNEJ LUB GUZKI NA POWIERZCHNI DŁONI,
- UTRUDNIONE RUCHY PALCÓW,
- ZMIANY TOWARZYSZĄCE, M.IN.: OBNIŻENIE CZUCIA W OBRĘBIE OPUSZEK PALCÓW, PARESTEZJE, ZABURZENIA UKRWIENIA ORAZ NADMIERNA POTLIWOŚĆ DŁONI.

LECZENIE:

ABY PRZYWRÓCIĆ DŁOŃ DO PEŁNEJ SPRAWNOŚCI (A PRZYNAJMNIEJ ZMNIĘSZYĆ STOPIEŃ

PRZYKURCZU), NIEZBĘDNA OKAZĘ SIĘ **OPERACJA**. IM MNIEJ ZAAWANSOWANE STADIUM CHOROBY, TYM LEPSZE ROKOWANIA CO DO EFEKTÓW ZABIEGU.

OPERACYJNE:

ZABIEG JEST PRZEPROWADZANY W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM BĄDŹ OGÓLNYM (ZALEŻNIE OD STOPNIA ZAAWANSOWANIA CHOROBY). FUNKCJĘ ZNIECZULENIA PEŁNI OPASKA UCISKOWA, ZAKŁADANA W CELU NIEDOKRWIENIA OPEROWANEJ KOŃCZYNY.

CHIRURG WYCINA/PRZECINA PRZEROŚNIĘTE PASMA, KTÓRE PRZYCZYNIĄ SIĘ DO POWSTAWANIA SKURCZY. RANĘ ZAMYKA SZWAMI I ZABEZPIECZA OPATRUNKIEM (CZASEM RÓWNIEŻ SZYNĄ GIPSOWĄ).

W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI DRENOWANIA RANY POOPERACYJNEJ, POD SKÓRĘ WPROWADZANA JEST RURKA, ODPROWADZAJĄCA KREW DO PLASTIKOWEJ BUTELKI (DREN USUWANY JEST KOLEJNEGO DNIA PO ZABIEGU). SZWY I UNIERUCHOMIENIA USUWA SIĘ PO OK. 2 TYGODNIACH.

REKONWALESCENCJA TRWA OK. MIESIĄCA.

POWIKŁANIA ZABIEGOWE:

POWIKŁANIA WSTĘPUJĄ RZADKO I SĄ TYPOWE DLA KAŻDEGO ZABIEGU CHIRURGICZNEGO DŁONI.

ZALICZAMY DO NICH M.IN.:

- KRWIAKI I OBRZĘKI DŁONI,
- MARTWICĘ SKÓRY W OKOLICY RANY POOPERACYJNEJ,
- INFEKCJE,
- OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI STAWÓW DŁONI,
- PRZEWLEKŁE BÓLE W MIEJSCU BLIZNY POOPERACYJNEJ,
- USZKODZENIE NERWÓW,
- NAWRÓT SCHORZENIA.

II. OŚWIADCZENIE LEKARZA OPERATORA

Omówiłem z pacjentem/pacjentką treść powyższej informacji. Pacjent/pacjentka miał/miała możliwości nieograniczonego zadawania pytań, uzyskania na nie szczegółowych odpowiedzi oraz przeczytania niniejszego formularza.

Wrocław, dn.

.....
(podpis lekarza)

III. ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/-am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lek. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat:

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego artroskopii stawu kolanowego oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Zdaję sobie sprawę, że zmiany lub rozszerzenie zakresu operacji zostanie przeprowadzona jedynie w przypadku wystąpienia poważnego zagrożenia mojego zdrowia lub życia i nie będzie możliwości uzyskania na to osobnej zgody.

Miałem/-am możliwość zadawania pytań i na wszystkie pytania udzielono mi odpowiedzi w sposób dla mnie satysfakcjonujący

Wrocław, dn.

.....
(podpis pacjenta)

W przypadku obecności podczas rozmowy osoby towarzyszącej

.....
(podpis świadka)

"CHABER" Sp. z o. o.
M-MED LECZENIE SZPITALNE
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY
kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670
53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20
Tel. 513902248, 513902282
NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



Wrocław,

ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko:

PESEL:, Data urodzenia:

Wzrost: cm Waga:kg ASA

Znieczulenie: Do zabiegu:

Drogi Pacjencie!

Prosimy o uważne zapoznanie się z informacjami zawartymi w pierwszej części formularza, zachęcamy do zadawania pytań, które pomogą w zrozumieniu omawianego tematu

1. Zabiegi operacyjne ortopedyczne można wykonywać w znieczuleniu miejscowym lub znieczuleniu ogólnym. Zabieg jest doświadczeniem stresującym, dlatego też przed operacją stosuje się też premedykację, podczas której często podaje się leki mają na celu zmniejszenie niepokoju i lęku. Zespół lekarsko-pielęgniarski przez cały czas trwania zabiegu, a także przed i po nim sprawuje nadzór nad pacjentem kontrolując stan zdrowia i czuwając nad jego bezpieczeństwem.

Wybór rodzaju znieczulenia zależy od kilku czynników. Przede wszystkim od charakteru zabiegu, jego rozległości i obszaru ciała, na którym jest przeprowadzany.

I. Znieczulenie regionalne (inaczej miejscowe, obwodowe) jest metodą blokowania bólu, polegającym na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w określonych okolicach ciała. Podczas tego znieczulenia pacjent może pozostać świadomy. Znieczulenie to wykonywane jest przez lekarza anestezyjologa lub lekarza operatora.

II. Znieczulenie ogólne. W pełni kontrolowane i odwracalne zniesienie stanu przytomności i odczuwania bólu. Pacjent znajduje się wtedy w stanie podobnym do bardzo głębokiego snu. Sen i brak odczuwania bólu są następstwem działania leków podawanych przez zespół anestezyjologiczny w formie dożylną (przez założoną do żyły obwodowej kaniulę typu wenflon) lub wziewnie w postaci par gazów anestetycznych podawanych do oddychania. Podczas większości przeprowadzanych znieczuleń Pacjent nie oddycha sam, a czynność tę przejmuje i kontroluje lub tylko wspomaga aparat do znieczulenia nadzorowany przez zespół anestezyjologiczny. Drogi oddechowe znieczulonego Pacjenta z aparatem do znieczulenia łączy wtedy rurka intubacyjna albo maska krtaniowa, zależnie od wskazań. Intubacja, czyli założenie rurki do tchawicy stanowi najpewniejsze zabezpieczenie dróg oddechowych np. przed przedostaniem się tam treści pokarmowej wstecznie z żołądka.

2. Ryzyko związane ze znieczuleniem

Pomimo wszystkich zabezpieczeń istnieje pewne ryzyko znieczulenia. Na to ryzyko wpływa wiele czynników. Ze strony Pacjenta to wiek (ryzyko rośnie po 70 roku życia), choroby przewlekłe (szczególnie choroby układu krążenia i układu oddechowego), nakładające się ostre stany infekcji, przewlekłe palenie tytoniu, przewlekłe przyjmowanie leków. Kwalifikacja anestezyjologiczna uwzględnia te wszystkie czynniki, określa ryzyko znieczulenia w odpowiednich skalach i możliwość wystąpienia powikłań w okresie okołoperacyjnym. Zabieg planowy to zabieg u przygotowanego pacjenta, wykonany w najlepszym, możliwym do osiągnięcia stanie zdrowia. Jest obarczony najmniejszą ilością możliwych zdarzeń niepożądanych.

Najczęstsze zdarzenia niepożądane to:

- Zasinienie miejsce założenia dostępu dożylnego (wenflon) lub konieczności ponownego uklucia.
- Chrypka, ból gardła po intubacji.
- Skaleczenie gardła lub uszkodzenie strun głosowych.
- Nudności i wymioty.

- Uszkodzenie zębów najczęściej tych ruszających się.
- Przemijające wysypki jako efekt niewielkiej reakcji alergicznej po lekach.

Ciężkie i bardzo poważne powikłania zdarzają się bardzo rzadko i są to:

- Głęboki spadek ciśnienia tętniczego.
- Zatrzymanie krążenia.
- Zatrzymanie oddechu.
- Skurcz krtani i oskrzeli.
- Zachłyśnięcie treścią żołądkową.
- Wstrząs anafilaktyczny.

Wymagają one natychmiastowego leczenia i są niebezpieczne dla życia

3. Wskazówki żywieniowe zapobiegające powikłaniom

Biorąc pod uwagę Państwa bezpieczeństwo prosimy o bezwzględne zastosowanie się do następujących wytycznych:

- w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
- w dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
- zwykle w zabiegach tzw. jednodniowych pozwalamy na wypicie pół szklanki wody przed wyjściem z domu (2 godziny przed zabiegiem), szczególnie jeśli Państwo jadą z daleka – **nie później i nie więcej!**

4. Jeśli Pacjent przyjmuje leki

Leki przyjmowane stale należy kontynuować i nie odstawiać w okresie okołoperacyjnym.

Także leczenie przeciwkrzepliwie (antykoagulanty i leki przeciwplatekcyjne) nie powinno być odstawiane ani zmieniane na czas operacji ortopedycznych wykonywanych w ramach chirurgii jednego dnia w naszym ośrodku.

Wyjątek mogą stanowić pacjenci, u których planujemy zabieg związany z większą możliwością krwawienia. W tym wypadku o dostosowaniu leczenia poinformuje lekarz operator na wizycie kwalifikacyjnej.

Ankieta anestezjologiczna służy poprawieniu bezpieczeństwa znieczulenia.

Każde pytanie odnosi się do pewnych czynników ryzyka znieczulenia. Proszę dokładnie wypełnić ankietę, a wszelkie ewentualne wątpliwości wyjaśnią Państwo podczas rozmowy z anestezjologiem.

Zgodę na znieczulenie proszę podpisać w jego obecności.

1. Czy leczy się Pan(i) ostatnio? TAK NIE

Jeśli tak, to na jakie schorzenie

.....

2. Jakie leki Pan(i) obecnie przyjmuje

.....

3. Przebyte zabiegi operacyjne:

A.....w roku

B.....w roku

C.....w roku

D.....w roku

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK NIE

Przebyte choroby/ schorzenia:

4. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada) TAK NIE

5. Choroby krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności) TAK NIE

6. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) TAK NIE

7. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, płwica) TAK NIE

8. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

9. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) TAK NIE

10. Choroby wątroby (żółtaczkę, zastój, stłuszczenie) TAK NIE

11. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

12. Choroby przemiany materii (cukrzyca, DNA) TAK NIE

13. Choroby tarczycy (wzrost, obojętne, nadczynność, niedoczynność) TAK NIE

14. Choroby oczu (np. jaskra) TAK NIE

15. Choroby nerwów (porażenia, drętwienia, udar) TAK NIE

16. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) TAK NIE

17. Choroby układu szkieletowego (np. bóle kręgosłupa, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) TAK NIE

18. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonność do krwawień, siniaków) TAK NIE

19. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jod) TAK NIE

20. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

21. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

22. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe? TAK NIE

23. Czy pali Pan(i) papierosy? TAK NIE

Uwagi lekarza o rozmowie objaśniającej:

.....

.....

Zlecona premedykacja:

.....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY
w kierunku ryzyka zakażeniem wirusem HBV, HCV
(dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala)



Imię i nazwisko:

PESEL:

WYWIAD dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala !!!!!

1. Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy

2. Czy był(a) leczony(a) w innych placówkach Służby Zdrowia? w tym także gabinetach prywatnych? TAK

NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

3. Czy miał(a) kontakt z chorym na WZW B, WZW C? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

4. Czy otrzymał(a) iniekcje, kroplówki, transfuzje? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

5. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

6. Czy był(a) szczepiony(a) kiedykolwiek przeciw WZW-B? TAK NIE

jeśli tak, ile razy?

7. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

8. Czy korzystał(a) z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego) TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

9. Czy korzystał(a) z usług lekarzy okulistów? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

10. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwaniu uszu, golenie brzytwą itp.)? TAK NIE

jeśli tak, gdzie?

jeśli tak, kiedy?

Imię /imiona/ i nazwisko, PESEL:

Formularz świadomej zgody Pacjenta na wykonanie znieczulenia (stanowi integralną część ankiety anestezyjologicznej)

UWAGA! Wykonanie znieczulenia jest procedurą medyczną wymagającą świadomej zgody Pacjenta pełnoletniego.

Aby ułatwić tę decyzję przedstawione zostały Państwu informacje o celu, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego postępowania.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu w znieczuleniu

.....
W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/-am możliwość zadania wszelkich pytań dotyczących planowanego zabiegu. Otrzymałem/-am i dokładnie zrozumiałem/-am informacje na temat planowanego znieczulenia oraz możliwych do przewidzenia następstw i powikłań.

Treści informujące o znieczuleniu są dla mnie zrozumiałe.

Do następnego dnia po znieczuleniu nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, nie powinno się też podejmować ważnych decyzji życiowych, należy zapewnić sobie transport do domu i najlepiej opiekę drugiej osoby.

Data:.....

Imię i nazwisko Pacjenta

.....
podpis i pieczętka lekarza

"CHABER" Sp. z o. o.

M-MED LECZENIE SZPITALNE

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ JEDNODNIOWY

kod res. I 000000001270, V 04, VII 158, VIII 4670

53-144 Wrocław, ul. Ulanowskiego 18/20

Tel. 513902248, 513902282

NIP 894-27-22-074 REGON 932805140



POSTĘPOWANIE PRZED ZABIEGIEM OPERACYJNYM - ZALECENIA DLA PACJENTA

W przypadku choroby pacjenta lub zdarzeń losowych uniemożliwiających stawienie się pacjenta na kwalifikację lub zabieg operacyjny, prosimy o pilny kontakt- tel. 513902248, 513902282

W dniu kwalifikacji prosimy przygotować i wziąć ze sobą:

1. Dowód osobisty i skierowanie do szpitala (kod lub w formie papierowej)
2. Listę obecnie przyjmowanych leków (w formie pisemnej) Wszystkie obecnie przyjmowane leki (w formie pisemnej)
3. Wszelką posiadaną dokumentację medyczną:
 - a) karty informacyjne z poprzednich hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych (konsultacje specjalistyczne)
 - b) dokumentacja radiologiczna, szczególnie badania rentgenowskie, rezonans magnetyczny. UWAGA ! Bardzo prosimy o zabranie PŁYTY, ew. klisz ze zdjęciami
 - c) pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze – książeczka z pomiarami ciśnienia, osoby chorujące na cukrzycę – książeczka z pomiarami poziomu cukru
 - d) posiadane wyniki badań krwi, badanie ogólne moczu i EKG
4. Wypełnioną ankietę anestezyjologiczną oraz wywiad epidemiologiczny (jeżeli Państwo nie posiadacie, to **proszę przyjść 15 min. wcześniej przed umówioną godziną wizyty w celu wypełnienia**)

W dniu ZABIEGU prosimy przygotować i wziąć ze sobą:

1. Dokumenty (dowód osobisty, karty informacyjne z poprzednich hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych).
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza rodzinnego zawierające informacje o przyjmowanych lekach, rozpoznanych chorobach ogólnoustrojowych
3. Listę wszystkich obecnie przyjmowanych leków ogólnych (forma pisemna)
4. Aktualne, czyli wykonane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed zabiegiem wyniki badań krwi (morfologia, APTT, INR, sód, potas, glukoza), mocz- badanie ogólne oraz badanie EKG
5. Wypełnioną ankietę anestezyjologiczną oraz wywiad epidemiologiczny
6. W przypadku zabiegów na kończynach dolnych pacjent powinien posiadać zaleconą przez lekarza: *ortezę dwuszynową z regulowanym kątem zgięcia, *dwie kule łokciowe

Do zabiegu należy przygotować się w następujący sposób:

1. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
2. W dniu zabiegu nie wolno jeść i pić 6 godzin przed wyznaczoną godziną przyjścia.
3. W dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
4. Pacjent powinien zgłosić się wykąpany, ze świeżo umytą głową, ubrany w czyste, wygodne ubrania.
5. Prosimy o zabranie rzeczy osobistych – szlafrok, obuwie zmienne, białe skarpetki.
6. Prosimy, aby biżuterię, czyli pierścionki, obrączki, łańcuszki, zegarki i inne ozdoby zostawić w domu lub po przybyciu na miejsce w szafce na ubrania (za pozostawione rzeczy w szatni nie ponosimy odpowiedzialności).
7. Pacjent jest zobowiązany do ogolenia operowanej części ciała (np. kolana, biodra, ręki) oraz obszaru 3 cm powyżej i poniżej.
8. Pacjent zobowiązany jest do zmycia lakieru z paznokci u rąk i nóg na dzień zabiegu oraz nie korzystanie z usług kosmetycznych tydzień przed planowanym zabiegiem.
9. Prosimy o punktualne zgłoszenie się o wyznaczonej godzinie na zabieg operacyjny oraz na wizyty kontrolne.
10. Prosimy o zgłaszanie się na zabieg operacyjny z dorosłą osobą towarzyszącą, która zapewni bezpieczny powrót do domu po zabiegu operacyjnym.

WAŻNE!!!

Jeżeli pacjent przyjmuje leki.

Leki przyjmowane stale należy kontynuować i nie odstawiać w okresie okołoperacyjnym.

Uwaga! Jeżeli pacjent stosuje leczenie przeciwkrzepliwie (antykoagulanty i leki przeciwplatekcyjne) to może być konieczne jego odstawienie lub zmiana na czas operacji ortopedycznych wykonywanych w ramach chirurgii jednego dnia w naszym ośrodku.

W tym wypadku o dostosowaniu leczenia poinformuje lekarz operator na wizycie kwalifikacyjnej.

DANE NIEZBĘDNE DO WYSTAWIENIA ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO

IMIĘ.....

NAZWISKO.....

PESEL.....

NIP ZAKŁADU PRACY.....

UBEZPIECZENIE W ZUS CZY KRUS.....

NIP ZAKŁADU PRACY.....