"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 jet:

☐ 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

m med+
GRUPA MEDYCZNA

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA
NA ZABIEG: SZYCIE ROZŚCIĘGNA MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

Szanowny Panie, Szanowna Pani,

Został(a) Pan(i) zakwalifikowany(a) do zabiegu SZYCIA ROZŚCIĘGNA MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO.

W M-MED LECZENIE SZPITALNE dbamy nie tylko o zapewnienie najwyższych standardów medycznych, ale i o poczucie bezpieczeństwa naszych pacjentów. Zależy nam na tym, żeby pacjenci podejmowali decyzje dotyczące swojego zdrowia świadomie, dlatego staramy się zapewnić dostęp do zrozumiałych i rzetelnych informacji na temat całego procesu leczenia. W tym celu przygotowaliśmy zestaw najważniejszych informacji dotyczących planowanego zabiegu oraz ryzyka, z którymi ten zabieg może się wiązać. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

Przypominamy, że ma Pan(i) możliwość skonsultowania ewentualnych wątpliwości z lekarzem kierującym Pana(ią) na zabieg. W trakcie rozmowy z lekarzem ma Pan(i) nieograniczone prawo do zadawania pytań dotyczących zabiegu, a także do uzyskania wyczerpujących oraz zrozumiałych dla Pana(i) odpowiedzi. W przypadku, gdy umówienie dodatkowej konsultacji mogłoby się wiązać z przełożeniem terminu zabiegu, zaproponujemy Panu(i) nowy, najwcześniejszy możliwy termin przeprowadzenia zabiegu.

Na końcu tego formularza znajdują się oświadczenia obejmujące m.in. Pana(i) zgodę na przeprowadzenie planowanego zabiegu. Prosimy o ich podpisanie po zapoznaniu się z poniższymi informacjami i wyjaśnieniu ewentualnych wątpliwości z lekarzem.

I. INFORMACJE DLA PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

ROZPOZNANIE I WSKAZANIA DO ZABIEGU

USZKODZENIE MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO JEST BARDZO POWAŻNYM SCHORZENIEM. POLEGA NA URAZIE LUB ZERWANIU ŚCIĘGNA W MIĘŚNIU ODPOWIADAJĄCYM ZA WYPROST NOGI W KOLANIE. W KONSEKWENCJI NIE JEST MOŻLIWE CHODZENIE I BIEGANIE, ANI NAWET STANIE.

MIĘSIEŃ CZWOROGŁOWY JEST NAJWIĘKSZYM MIĘŚNIEM CZŁOWIEKA. RAZEM Z RZEPKĄ I WIĘZADŁEM TWORZY APARAT WYPROSTNY KOŃCZYNY DOLNEJ. JEST ZBUDOWANY Z CZTERECH CZĘŚCI (TZW. GŁÓW): PRZYŚRODKOWEJ, BOCZNEJ, POŚREDNIEJ I PROSTEJ. USZKODZENIU NAJCZĘŚCIEJ ULEGA GŁOWA PROSTA, A ZMIANA WYSTĘPUJE ZAZWYCZAJ W ODLEGŁOŚCI DO 2 CENTYMETRÓW OD RZEPKI.

INNE METODY LECZENIA

PRZY ŚWIEŻYCH USZKODZENIACH CZĘŚCIOWYCH MOŻNA PODJĄĆ PRÓBĘ LECZENIA ZACHOWAWCZEGO.

W PRZYPADKU CAŁKOWITEGO ZERWANIA MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO NAJLEPSZE EFEKTY PRZYNOSI ZABIEG CHIRURGICZNY. POLEGA ON NA ZESZYCIU URWANEGO ŚCIĘGNA LUB DOSZYCIU GO DO RZEPKI. TAKI ZABIEG POZWALA SZYBKO WRÓCIĆ DO PEŁNEJ SPRAWNOŚCI, A NAWET ZAWODOWEGO LUB AMATORSKIEGO UPRAWIANIA SPORTU.

BARDZO WAŻNYM ELEMENTEM POWROTU DO ZDROWIA PO ZABIEGU OPERACYJNYM JEST FIZJOTERAPIA. JEJ CELEM JEST PRZYSPIESZENIE PROCESU GOJENIA RANY, ODZYSKANIE RUCHOMOŚCI W KOLANIE, WZMOCNIENIE MIĘŚNIA ORAZ ZAPOBIEGANIE KOLEJNYM USZKODZENIOM.

PRZEBIEG ZABIEGU

ZABIEG JEST PRZEPROWADZANY W ZNIECZULENIU PRZEWODOWYM LUB OGÓLNYM DOTCHAWICZYM. PO ZNIECZULENIU PACJENTA NASTĘPUJE ZAŁOŻENIE OPASKI ESMARCHA (OPASKA UCISKOWA, KTÓRA POPRZEZ OGRANICZENIE DOPŁYWU KRWI DO KOŃCZYNY ZNACZNIE ZMNIEJSZA KRWAWIENIE ŚRÓDOPERACYJNE, A TYM SAMYM SKRACA CZAS ZABIEGU I UMOŻLIWIA JEGO DOKŁADNE WYKONANIE). NASTĘPNIE LEKARZ OCZYSZCZA I PRZYGOTOWUJE KIKUTY ROZCIĘGNA M. CZWOROGŁOWEGO DO PRZYSZYCIA. ROZCIĘGNO JEST MOCOWANE DO RZEPKI PRZY POMOCY KOTWIC/SKOBLI, SZWÓW NIEWCHŁANIALNYCH LUB INNYCH SYSTEMÓW MOCOWANIA. PRZY USZKODZENIACH Z DUŻĄ RETRAKCJĄ I BLIZNOWACENIEM MASY ŚCIĘGNISTEJ WYMAGANE SĄ NIEJEDNOKROTNIE TECHNIKI REKONSTRUKCYJNE, Z PLASTYKĄ ŚCIĘGNA LUB UŻYCIEM AUTOGRAFTU. PACJENT WYMAGA UNIERUCHOMIENIA W ORTEZIE KOŃCZYNY OPEROWANEJ.

RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM

LEKARZ, PODEJMUJĄC SIĘ WYKONANIA ZABIEGU, ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO DOŁOŻENIA WSZELKICH STARAŃ, ABY ZABIEG ZOSTAŁ PRZEPROWADZONY PRAWIDŁOWO I ZGODNIE Z AKTUALNĄ WIEDZĄ MEDYCZNĄ. JEST WAŻNE, ABY MIAŁ(A) PAN(I) ŚWIADOMOŚĆ, ŻE ŻADEN LEKARZ NIE JEST W STANIE ZAGWARANTOWAĆ PEŁNEGO SUKCESU ZASTOSOWANEGO LECZENIA ORAZ CAŁKOWITEGO BRAKU RYZYKA ZWIĄZANEGO Z WYKONYWANYM ZABIEGIEM. NIE NALEŻY ZAPOMINAĆ, ŻE KAŻDA PROCEDURA MEDYCZNA NIESIE ZE SOBĄ RYZYKO PEWNYCH POWIKŁAŃ. NA KAŻDYM ETAPIE PROCESU LECZENIA NASZ ZESPÓŁ MEDYCZNY DOPEŁNI WSZELKICH STARAŃ, ABY OGRANICZYĆ MOŻLIWOŚĆ ICH WYSTĄPIENIA, JEDNAK ZAWSZE, NIEZALEŻNIE OD STARAŃ ZESPOŁU MEDYCZNEGO, ISTNIEJE PEWNE RYZYKO POJAWIENIA SIĘ POWIKŁAŃ, RÓWNIEŻ TAKICH, KTÓRE NIE SĄ TYPOWE DLA DANEGO ZABIEGU LUB SĄ NIEMOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA.

ZDARZAJĄCE SIĘ POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z PROPONOWANYM LECZENIEM ZABIEGOWYM TO M.IN.:

- ZGON W WYNIKU ZABIEGU OPERACYJNEGO LUB W WYNIKU POWIKŁAŃ PO ZNIECZULENIU

- KRWIAK POOPERACYJNY

- ZABURZENIE GOJENIA RAN POOPERACYJNYCH NA SKUTEK INFEKCJI, ZABURZENIA KRĄŻENIA OBWODOWEGO CZY NIESTOSOWANIA SIĘ DO ZALECEŃ LEKARSKICH ODNOŚNIE OBCIĄŻANIA OPEROWANEJ KOŃCZYNY

- ZAKRZEPICA ŻYŁ GŁĘBOKICH I JEJ NASTĘPSTWA POD POSTACIĄ ZATOROWOŚCI PŁUCNEJ

- OBRZĘKI KOŃCZYNY

- USZKODZENIA NACZYŃ I NERWÓW OBWODOWYCH (WYMAGAJĄCE REOPERACJI)

- INNE NIEPRZEWIDZIANE I NIEOPISANE NASTĘPSTWA POWYŻSZEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO, NA KTÓRE CHIRURG OPERUJĄCY NIE MIAŁ WPŁYWU

PONADTO, KAŻDA PROCEDURA MEDYCZNA MOŻE WIĄZAĆ SIĘ Z PEWNYM RYZYKIEM DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO, W TYM Z WYSTĄPIENIEM DEPRESJI W OKRESIE POOPERACYJNYM.

NA PRAWDOPODOBIEŃSTWO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ SKŁADA SIĘ WIELE CZYNNIKÓW, M.IN. ZAAWANSOWANIE SCHORZENIA, OGÓLNY STAN ZDROWIA CZY UPRZEDNIO PRZEBYTE ZABIEGI. RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ JEST WYŻSZE U OSÓB Z NADWAGĄ LUB OTYŁOŚCIĄ, PALĄCYCH PAPIEROSY (LUB INNE WYROBY TYTONIOWE), A TAKŻE CHORUJĄCYCH NA CUKRZYCĘ, NADCIŚNIENIE LUB POZOSTAŁE CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWE. RYZYKO POWIKŁAŃ MOŻE BYĆ RÓWNIEŻ WYŻSZE W PRZYPADKU INNYCH CIĘŻKICH I PRZEWLEKŁYCH CHORÓB.

PO ZABIEGU – DOLEGLIWOŚCI ORAZ ZALECENIA

PO ZABIEGU MOGĄ – ALE NIE MUSZĄ – POJAWIĆ SIĘ PEWNE DOLEGLIWOŚCI. ICH RODZAJ I NASILENIE SĄ KWESTIĄ INDYWIDUALNĄ, ZALEŻNĄ OD WIELU CZYNNIKÓW, M.IN. OD INDYWIDUALNEJ WRAŻLIWOŚCI PACJENTA NA BÓL. ZWRACAMY SIĘ Z PROŚBĄ O ZGŁASZANIE EWENTUALNYCH DOLEGLIWOŚCI PERSONELOWI MEDYCZNEMU – W ZALEŻNOŚCI OD ICH RODZAJU I NASILENIA MOŻLIWE SĄ RÓŻNE METODY ICH ŁAGODZENIA, M.IN. POPRZEZ PODANIE ODPOWIEDNICH ŚRODKÓW PRZECIWBÓLOWYCH.

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ POOPERACYJNYCH MOŻE MIEĆ KLUCZOWE ZNACZENIE ZARÓWNO DLA ZAPEWNIENIA OPTYMALNEGO EFEKTU ZABIEGU, JAK RÓWNIEŻ DLA OGRANICZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA EWENTUALNYCH DOLEGLIWOŚCI I POWIKŁAŃ. SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA POOPERACYJNE ZOSTANĄ PANU(I) PRZEKAZANE PRZEZ LEKARZA PO ZABIEGU. SZCZEGÓLNIE ISTOTNYM WARUNKIEM POWODZENIA ZABIEGU JEST CZĘSTO REHABILITACJA – SFORMUŁOWANIE JEJ ZAKRESU ORAZ CZASU TRWANIA, TAK JAK POZOSTAŁYCH ZALECEŃ POOPERACYJNYCH, BĘDZIE MOŻLIWE DOPIERO PO ZABIEGU.

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 zabiegu.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego 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

m med+
GRUPA MEDYCZNA

Wrocław, dn. .....

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 zdrowa 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 anestezjologa 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 anestezjologiczny w formie dożylnej (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 anestezjologiczny. 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 anestezjologiczna uwzględnia te wszystkie czynniki, określa ryzyko znieczulenia w odpowiednich skalach i możliwość wystąpienia powikłań w okresie okołooperacyjnym
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 ukłucia.
– 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 okołooperacyjnym.
Także leczenie przeciwkrzepliwe (antykoagulanty i leki przeciwpłytkowe) 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.

Konsultacja anestezjologiczna - wypełnia pacjent

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, zmeczenie, 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, pylica) ☐ TAK ☐NIE
8. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) ☐ TAK ☐NIE
9. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) ☐ TAK ☐NIE
10. Choroby watroby (żółtaczka, zastói, 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 (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) ☐ TAK ☐NIE
14. Choroby oczu (np. jaskra) ☐ TAK ☐NIE
15. Choroby nerwów (porażenia, drgawki, udar) ☐ TAK ☐NIE
16. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) ☐ TAK ☐NIE
17. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, 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, jodyne) ☐ 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)

m med+ GRUPA MEDYCZNA

Imię i nazwisko: .....
PESEL: .....

WYWIAD dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjściem 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? .....

m med+
GRUPA MEDYCZNA

Imię /imiona/ i nazwisko, PESEL: .....

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

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.

…….....
podpis i pieczątka lekarza

Data:……...

Imię i nazwisko Pacjenta

"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

m med+
GRUPA MEDYCZNA

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 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 przez zabiegiem wyniki badań krwi (morfologia, APTT, INR, sód, potas, glukoza) oraz badanie EKG
5. Wypełnioną ankietę anestezjologiczną oraz wywiad epidemiologiczny

Do zabiegu należy przygotować się w następujący sposób:

1. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny proszę zjeść lekkostrawną kolację.
2. W dniu zabiegu należy przyjść na czczo (6 godzin bez jedzenia i 2 godziny bez picia)
3. W dniu zabiegu proszę przyjąć wszystkie swoje leki popijając niewielką ilością wody.
4. Pacjent powinien zgłosić się wykąpany, 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.

WAŻNE!!!

Jeżeli pacjent przyjmuje leki.

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

Uwaga! Jeżeli pacjent stosuje leczenie przeciwkrzepliwe (antykoagulanty i leki przeciwpłytkowe) to może być konieczne jego odstawiane 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.....