KARTA KWALIFIKACJI DO ZABIEGU OPERACYJNEGO

Imię i Nazwisko:_____lat_____

PESEL:_____

DGN.:_____

_____

Proponowany zabieg operacyjny:_____

_____

Kraków, dnia ……..

Szanowni Państwo !

Proponowany zabieg operacyjny to skomplikowana procedura medyczna, chirurgiczna wymagająca odpowiedniego przygotowania. Z tego powodu dla Państwa bezpieczeństwa, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych zaleceń:

- INFORMACJA! o stanie zdrowia, zażywanych lekach od lekarza rodzinnego - w razie przyjmowanych leków p/zakrzepowych w tym *doustnych antykoagulantów* w porozumieniu z lekarzem specjalistą prowadzącym, prosimy o zmianę terapii na *heparyny drobnocząsteczkowe,*
- zaświadczenie/-a od lekarzy specjalistów o braku p/wskazań do zabiegu operacyjnego zgodnie z listą konsultacji specjalistycznych (w załączeniu) – wydane przez lekarzy specjalistów aktualnie prowadzących leczenie lub lekarzy specjalistów – 5WSzK, skierowania z gabinetu kwalifikacyjnego,
- wyniki badań zgodnie z listą badań diagnostycznych (w załączeniu) – 5WSzK, skierowania z gabinetu kwalifikacyjnego,
- aktualne (do 3 mc-y) rtg operowanego stawu – własne, jeśli do tej pory były wykonane lub wykonane w 5WSzK, ze skierowania z gabinetu kwalifikacyjnego,
- redukcja masy ciała, jeżeli wymagane (patrz lista konsultacji specjalistycznych),
- skierowanie do szpitala (jeżeli nie dostarczono dotychczas).
- UCZULENIE NA METALE W WYWIADZIE?

Na około 14 dni przed zabiegiem prosimy o zgłoszenie do gabinetu kwalifikacyjnego celem sprawdzenia przez lekarza kwalifikującego z kompletem niezbędnych wyników badań diagnostycznych i zaświadczeń od lekarzy specjalistów.

Na około 5 – 7 dni przed zabiegiem prosimy o zgłoszenie do gabinetu kwalifikacyjnego anestezjologicznego po uprzednim zarejestrowaniu się wraz z kompletem niezbędnych wyników badań diagnostycznych i zaświadczeń od lekarzy specjalistów.
Wydano wzór „Zgody na zabieg" oraz „Informację dla pacjenta do zgody na zabieg".

Rekomenduje się wykonanie lub uaktualnienie szczepienia *p/WZW* typu B, wykonanie kontrolnego badania poziomu przeciwciał *antyHBS,* jednak nie wykonanie ich nie stanowi przeciwwskazania do wykonania zabiegu operacyjnego, pouczono o konsekwencjach wynikających z zaniechania.

PROPONOWANY TERMIN ZABIEGU OPERACYJNEGO: ……

Z powyższą informacją zapoznałem się i jest dla mnie zrozumiała oraz jestem świadomy, że w wypadku braku jakiegokolwiek z zaleceń zabieg operacyjny nie odbędzie się

_____
Imię i nazwisko

Lekarz kwalifikujący

_____
Podpis i pieczęć

KARTA KWALIFIKACJI DO ZABIEGU OPERACYJNEGO

? Nr telefonu kontaktowego – **SEKRETARIAT KLINIKI: +48 12 6308203**

TAK	**NIE**	Morfologia - ważna 4 tygodnie u pacjentów nieobciążonych, u pozostałych 7 dni
TAK	**NIE**	Mocznik, Kreatynina - ważne 4 tygodnie
TAK	**NIE**	Alat, Aspat, Bilirubina - ważne 4 tygodnie
TAK	**NIE**	CRP, OB - ważne 7 dni
TAK	**NIE**	ECHO serca - ważne 6 miesięcy
TAK	**NIE**	TSH, FT3, FT4 - ważne 4 tygodnie
TAK	**NIE**	HbA1c - ważne od 4 do 6 tygodni
TAK	**NIE**	Albuminy - ważne do 4 tygodni
TAK	**NIE**	EKG - ważne 4 tygodnie
TAK	**NIE**	RTG klatki piersiowej - ważne 1 rok (chyba że zmiany w stanie klinicznym)
TAK	**NIE**	Spirometria lub badanie peek-flow - ważne 1 miesiąc
TAK	**NIE**	Wymaz z nosa - nosicielstwo gronkowców (MRSA i MSSA) - ważne od 2 do 4 tyg.
TAK	**NIE**	Konsultacja lekarza rodzinnego lub internisty - ważna 3 miesiące
TAK	**NIE**	Konsultacja kardiologiczna - ważna 1 miesiąc
TAK	**NIE**	Pacjent z rozrusznikiem/ICD - konieczny paszport rozrusznika, konsultacja kardiologiczna
TAK	**NIE**	Konsultacja pulmonologiczna - ważna 1 miesiąc
TAK	**NIE**	Konsultacja nefrologiczna - ważna 1 miesiąc
TAK	**NIE**	Konsultacja endokrynologiczna - ważna 1 miesiąc
TAK	**NIE**	Konsultacja ginekologiczna - ważna 3 miesiące
TAK	**NIE**	Konsultacja chirurga naczyniowego - ważna 3 miesiące
TAK	**NIE**	Konsultacja dermatologiczna - ważna 3 miesiące
TAK	**NIE**	Konsultacja stomatologiczna (bad. klin. i RTG panoramiczne) - ważne 3 miesiące
TAK	**NIE**	Konsultacja dietetyczna - w oparciu o wynik oceny stanu odżywienia wg skali NRS 2002
TAK	**NIE**	Konsultacja ……..

DOKUMENTACJA DO WYDANIA:

1. Karta kwalifikacji.
2. Wzór zgody na zabieg operacyjny.
3. Informacja do zgody na zabieg operacyjny.
4. Zalecenia poszpitalne dotyczące endoprotezoplastyki.

…….

Lekarz kwalifikujący