

Předoperační vyšetření

Vážená paní doktorko/ pane doktore,

žádáme Vás o předoperační vyšetření dívky/chlapce:

Jméno, příjmení, rodné číslo:.....

která/ý bude na našem oddělení přijat/a k plánované operaci dne

s diagnózou.....

Provádí pediatr:

- Anamnéza, medikace, fyzikální vyšetření
- Krevní obraz + diferenciál, moč + sediment
- Základní biochemie séra (urea, kreatinin, CB, CRP, iontogram, jaterní testy)
- Koagulační vyšetření (APTT, Quick, INR)
- **Laboratorní výsledky nesmí být starší 14 dnů !**
- Speciální požadavky odd. :
.....
- **Vyjádření ke schopnosti dítěte podstoupit operační výkon nebo vyšetření v CA (ne starší 7 dnů)**
- Event. výsledky ostatních vyšetření nebo lékařské zprávy u dětí léčených pro jiná závažnější onemocnění, případně provedené MR, CT nebo RTG vyšetření.

doc. MUDr. Vladimír Beneš, Ph.D.
Přednosta Neurochirurgické kliniky dětí a
dospělých 2.LF UK a FN Motol a Homolka