

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, žádáme Vás o předoperační vyšetření pacienta

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:.....

který/á bude na **Kliniku neurochirurgie dětí a dospělých přijat/a** k plánované

operaci dne s diagnózou.....

Předoperační vyšetření proveďte laskavě v rozsahu vyznačeném níže:

1. pacienti s klasifikací ASA 1 a ASA 2

(Provádí praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, pediatr nebo internista)

2. pacienti s klasifikací ASA 3 a výše

(Provádí internista se specializovanou způsobilostí nebo pediatr se specializovanou způsobilostí)

- anamnéza, medikace, fyzikální vyšetření,
- krevní obraz + diferenciál, ionty, jaterní enzymy, urea, kreatinin, glykémie - (u diabetiků glykovaný hemoglobin), INR , PTT, RTG plic, EKG, krevní skupina
- speciální požadavky kliniky: V případě chronického užívání antikoagulační terapie (např. Warfarin, Anopyrin, Godasal, Plavix...), žádáme o její vysazení či převedení na formu, která nebrání provedení plánovaného operačního výkonu.
- **Vyjádření ke schopnosti pacienta podstoupit operační výkon.**

*) Požadavky na vyšetření jsou označeny zakroužkováním nebo vypsány písemně

3. Prosíme uvést do zprávy i výsledek základní orientační preventivní onkologické prohlídky u dospělých.

4. Platnost vyšetření:

ASA 1 +2 (zdravý či lehce nemocný pacient) - 1 měsíc

ASA 3 stabilní a děti do 18 let – 14 dní

ASA 3 (nestabilní) a více - čerstvé

Děkujeme za spolupráci

prof.MUDr. RNDr. Ondřej Bradáč, Ph.D.

primář Neurochirurgické kliniky