

Štefánikova 454/28a,  
500 11 Hradec Králové  
tel.: +420 495 269 768  
[www.1chirurgie.cz](http://www.1chirurgie.cz)

GPS: 50°11'11.331"N, 15°50'12.841"E

**SMLUVNÍ PARTNER VŠECH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN**



Jméno, příjmení: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Zdravotní pojišťovna č.: .....

Operace: .....

Diagnosa: .....

K operaci se dostavte **NALAČNO = OD PŮLNOCI PŘED OPERACÍ NEJÍST, NEPÍT, NEKOUŘIT!** na naše pracoviště dne ..... v ..... hodin. Předem si zajistěte doprovod dospělé osoby, která s Vámi zůstane doma přes noc do druhého dne, a odvoz vozem na ..... hodin. Pokud doprovod nemáte, nemůžete být v našem zařízení operováni!

## K PŘIJETÍ VEZMĚTE S SEBOU:

1. Tento leták s vyplněným a podepsaným **Anesteziologickým dotazníkem** (viz dále).
2. **Předoperační vyšetření** ne starší 1 měsíc od praktického či interního lékaře s uvedením, že není námitek proti operaci v celkové anestezii. Pacienti s neúplným a neplatným vyšetřením nemohou být operováni!
3. Všechny léky, které pravidelně užíváte.
4. Věci osobní potřeby - přezůvky, základní toaletní potřeby, mobil, časopis či knihu, hotovost 200,-Kč apod.
5. Doklady, které je nutno mít u sebe: občanský průkaz či pas, průkaz zdravotní pojišťovny.
6. Zvláštní pomůcky dle instrukcí chirurga: k artroskopii 2 elastická obinadla 12 cm šíře a francouzské hole, k operaci křečových žil elastické punčochy apod.

## UPOZORNĚNÍ:

1. Operace může být provedena pouze u zdravých. Pacienti nesmí mít rýmu, kašel, hnisavou vyrážku, koutky, opar, apod. Po prodělaném horečnatém onemocnění je nutná 2-3 týdenní rekonvalescence.
2. Pacienti, kteří budou operováni v celk. anestezii, **nesmí od půlnoci před operací jíst, pít a kouřit!** Do té doby je nutný dostatečný příjem tekutin (min. 2,5-3 litry za den), aby se předešlo možným pooperačním komplikacím.
3. Ženy v době operace by neměly menstruat - nutno předem případně upravit po poradě s gynekologem.
4. Den předem je nutno vyholit operovanou oblast - před artroskopií 15 cm nad i pod koleno, před operací křečových žil celou dolní končetinu s třísem, před operací kýly třísla event. pupek apod. Vhodné ale nepovinné je oholit vousy.
5. Týden před operací pacient nesmí užívat žádné léky snižující krevní srážlivost, např. Pelentan, Warfarin, Lawarin, Anopyrin, Godasal, Pradaxa, Xarelto, Eliquis atd.
6. Pokud dlouhodobě užíváte léky (např. na vysoký tlak, při onemocnění srdce, plic), nevysazujte je před výkonem, ranní dávku zapijte pouze douškem vody a léky vezměte s sebou.
7. V den výkonu nekuřte, nepoužívejte na obličej mastné krémy, oční stíny, rtěnky, nenoste s sebou šperky, řetízky, snímatelné ozdoby, piercingy.
8. Před operací vyjměte volné můstky, zubní protézky, kontaktní čočky!!!
9. Pokud z nějakého závažného důvodu nebudete moci nastoupit v domluvený den k operaci, oznamte to prosím ihned, abychom neblokovali drahý prostor na operačním sále.
10. Po operaci obdržíte Lékařskou zprávu od chirurga, léky proti bolesti a **Poučení po výkonu v celkové anestezii**, které s Vaším doprovodem důkladně prostudujte a důsledně dodržujte, abyste se vyvarovali zbytečných zdravotních obtíží.
11. Po výkonu Vás může obtěžovat nižší krevní tlak a nebezpečí omdlení (slabost, závratě, černo či mžitky před očima, studený pot, nevolnost, slabý puls). První pomocí je ihned se položit na záda a zvednout dolní končetiny, aby se prokrvil mozek.
12. Pokud potřebujete před výkonem kontaktovat anesteziologa, volejte telefon: 602 833 161 - MUDr. Pavel Žďárský

## ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK - vyplní pacient případně ve spolupráci s praktickým lékařem

Pomocí dotazníku se snažíme předejít i poměrně nepatrným rizikům, jako jsou např. nevolnost, zvracení, poškození chrupu, poruchy hlasu a záněty žil. Prosíme, v odstavci „Jiné pozoruhodnosti“ upozorněte na okolnosti, které Vám připadají důležité. Dále je nutné zajistit u praktického či interního lékaře Předoperační vyšetření v předepsaném rozsahu.

Váha ..... kg

Výška ..... cm

- Užíváte léky? Ano    Ne  
*Jestliže ano, které? Udejte všechny, i proti bolesti, na spaní, antikoncepci, včetně dávkování:*  
.....  
.....
- Už jste byl(a) někdy operován(a) v celkovém nebo místním znecitlivění? Ano    Ne  
*Jestliže ano, nač a kdy?*  
.....  
.....
- Snášel(a) jste dobře anestezii? *Popište případné potíže.* Ano    Ne  
.....
- Došlo u pokrevních příbuzných v souvislosti s anestezí k nějaké příhodě? Ano    Ne
- Máte pocit tuhé čelisti při pití zrnkové kávy? Ano    Ne

### Trpíte nebo trpěl(a) jste někdy některým z těchto onemocnění:

*Prosíme, při odpovědi zatrhněte příslušné onemocnění, případně doplňte o další – možno i v závěru.*

- Onemocnění svalů nebo svalová slabost? Je podobné onemocnění u pokrevních příbuzných? Ano    Ne
- Onemocnění srdce (srdeční infarkt, angina pectoris, srdeční vada, nedostatek dechu při chůzi do schodů, zánět srdce, poruchy srdečního rytmu, ..... ) Ano    Ne
- Oběhové a cévní onemocnění (křečové žíly, vysoký tlak, ucpávání cév, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění plic či dých. cest (tuberkulóza, zápal plic, rozedma, astma, chron. bronchitida, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění jater (žloutenka, tvrdnutí jater, žlučnickové kameny, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění ledvin (zánět ledvin, močové kameny, zánět močových cest, ..... ) Ano    Ne
- Poruchy látkové přeměny (cukrovka, dna, poruchy tukového metabolismu, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění štítné žlázy (struma, tzv. vole, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění očí (šedý nebo zelený zákal, slepota oka, ..... ) Ano    Ne
- Nervové onemocnění (epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza, ..... ) Ano    Ne
- Psychické poruchy (deprese, schizofrenie, ..... ) Ano    Ne
- Onemocnění pohybového aparátu (nemoci kloubů, páteře, bolesti zad, ..... ) Ano    Ne
- Krevní onemocnění, poruchy srážlivosti krve (anemie, sklon ke krvácení z nosu, hemofilie, ..... ) Ano    Ne
- Je nebo bylo podobné onemocnění u pokrevních příbuzných? Ano    Ne
- Alergie (na léky, antibiotika, dezinfekci, náplast, senná rýma, přecitlivělost na některé potraviny) Ano    Ne  
Prosíme vypište: .....
- Trpíte nějakou jinou, zde neuvedenou nemocí? Jakou? ..... Ano    Ne
- Máte pevnou zubní náhradu, můstek, korunky, viklavé zuby, vyjímatelnou zubní náhradu?..... Ano    Ne
- Kouříte pravidelně? Co a kolik? ..... Ano    Ne
- Pijete denně alkohol? Co a kolik? ..... Ano    Ne
- Jiné pozoruhodnosti: ..... Ano    Ne

Dne: .....

Podpis pacienta: .....

## PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ – zajistí Praktický (u pacientů ASA I) nebo Interní lékař (u pacientů ASA II-III):

Prosíme o provedení základního předoperačního vyšetření v rozsahu dle doporučení ČSARIM. Při negativní anamnéze u zdravého pacienta, není-li požadováno jiné vyšetření (viz níže), je nutný rozsah vyšetření dle věkových kategorií:

- Děti:** Fyzikální vyšetření, KO, minerály (Na, K, Cl) - doba platnosti vyšetření 2 týdny  
**Dospělí:** Fyz. vyš., KO, minerály, moč chem. + sediment, nad 40 let EKG + popis - platnost vyšetření 1 měsíc

Při komplikujícím onemocnění dle Vašeho uvážení zatrhněte požadovaná další vyšetření: KO + diff., glykémie, ALT, AST, GMT, ALP, APTT, INR, Ca, P, HbsAg, HIV, urea, kreatinin, moč na kult. a citlivost, RTG S+P

**Závěr předoperačního vyšetření obsahuje:** • vyjádření ke kardiopulmonální kompenzaci • schopen či neschopen operace v celkové anestezii • eventuelní předoperační příprava