



**KARTA PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO ENDOPLASTYKI
STAWU BIODROWEGO / KOLANOWEGO / RAMIENNEGO / SKOKOWEGO**

Imię i Nazwisko

.....
data i pieczęć lekarza

KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA

Nie stwierdzam przeciwwskazań kardiologicznych do zabiegu operacyjnego endoprotezoplastyki stawu biodrowego / kolanowego / ramiennego / skokowego.

.....
data i pieczęć lekarza

POTWIERDZENIE BADANIA JAŁOWOŚCI MOCZU (POSIEW)

1. Wynik posiewu moczu jałowy

..... data i pieczęć lekarza

Morfologia krwi, OB, CRP, Kwas moczowy, PSA(mężczyźni),
hemoglobina glikowana(HbA1C) - tylko pacjenci chorzy na cukrzycę

Uczulenia na leki, na metale

BADANIE GINEKOLOGICZNE

Nie stwierdzam stanów zapalnych w badaniu ginekologicznym.

.....
data i pieczęć lekarza

PANTOMOGRAM + BADANIE STOMATOLOGICZNE

Potwierdzam sanację jamy ustnej.

.....
data i pieczęć lekarza

POTWIERDZENIE SZCZEPIEŃ PRZECIWIW WZW-B

1.....
data i pieczęć lekarza

2.....
data i pieczęć lekarza

3.....
data i pieczęć lekarza

Zabieg endoplastyki stawu wymaga zabezpieczenia pacjenta preparatami krwi i w zależności od stanu klinicznego może zajść potrzeba przetoczenia preparatów krwi.

Wyrażam zgodę na przetoczenie preparatów krwi, jeśli mój stan zdrowia będzie tego wymagał.

.....
podpis pacjentki/pacjenta