

Tel. komórkowy: **664333321**

E mail: **dr.strychar@gmail.com**

INFORMACJA DLA PACJENTA: Pan/Pani

Do przeprowadzenia operacji niezbędne jest wykonanie następujących badań :

1. Morfologia.
2. Układ krzepnięcia.
3. Grupa krwi.
4. Jonogram
5. Glukoza
6. EKG
7. Rtg klatki piersiowej

Proszę o dostarczenie:

1. Badań dodatkowych posiadanych przez pacjenta (np: RTG, TK, MRI, USG, EMG) .
2. Kart informacyjnych z pobytów szpitalnych .
3. Dowodu ubezpieczenia zdrowotnego.

**Kwalifikacje anestezyjologiczne po telefonicznym ustaleniu terminu:
22-643-52-36 / 22-855-47-37 / 22-855-47-39**

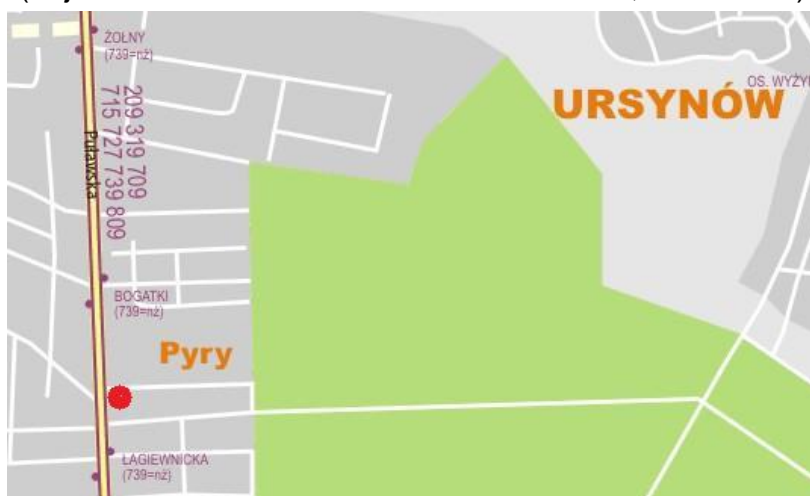
Planowany termin operacji:

- proszę zgłosić się o godz.:

Ursynowskie Dzielnicowe Centrum Zabiegowe (<http://www.zozursynow.pl/>)

Ul. Kajakowa 12, Tel. 22 855-47-37

(dojazd z Metra Wilanowska – autobus 709, ok. 20 min)



Druk niniejszy nie jest skierowaniem na wykonanie badań laboratoryjnych!
Powinien być przechowywany przez pacjenta do czasu przeprowadzenia operacji.

W dniu operacji należy zgłosić się na czczo, tzn. powstrzymać się od jedzenia przez 6 godzin i picia przez 5 godzin!! Pacjenci nie będący na czczo nie będą znieczulani.

Operacja nie może być przeprowadzona w przypadku:

1. Obecności ognisk zakażenia w organizmie (zmiany zapalne okołozębowe, przeziębienie, opryszczka, itp.), niewyrównanego nadciśnienia tętniczego, poważnych zaburzeń rytmu serca, niestabilnej choroby wieńcowej.
2. Istotnych odchyłeń od wartości prawidłowych w wynikach badań laboratoryjnych (w razie wątpliwości proszę o kontakt telefoniczny lub sprawdzenie wyników u lekarza POZ).
3. **Pobierania leków zaburzających krzepliwość krwi** (np. aspiryna, i jej pochodne, doustne leki antykoagulacyjne) **przez okres 7 dni przed operacją**, picia alkoholu w dniu operacji.