

Ankieta kwalifikacyjna

Imię i Nazwisko

PESEL

nr księgi głównej

wiek

lat

Prosimy uważnie przeczytać poniższe informacje oraz wypełnić ankietę, która znajduje się na drugiej stronie.

Przed zabiegiem operacyjnym konieczna jest konsultacja anestezyjologiczna w Sport-Klinice w Żorach.

Kontakt do lekarzy anestezyjologów od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00–17.00.

1. dr Ewa Chabierska – tel. kom. 604 521 949

2. dr Michał Kolny – tel. kom. 608 630 176

Termin 1 – przed dniem zabiegu operacyjnego Pacjent proszony jest aby:

- nie jeść i nie pić przez 6 godzin przed planowanym zabiegiem,
- usunąć makijaż z twarzy, zmyć lakier do paznokci,
- zgłosić się do Kliniki zgodnie z ustalonym przez Izbę Przyjęć terminem.

Termin 2 – w dniu zgłoszenia się do zabiegu operacyjnego Pacjent proszony jest o dostarczenie do Sport-Kliniki:

- wyników badań laboratoryjnych (wykonanych nie wcześniej niż 5-7 dni przed zabiegiem operacyjnym):
 - morfologia, APTT, INR,
 - EKG,
 - grupa krwi – ze względu na możliwy przedłużony czas oczekiwania na wynik badania zaleca się wykonanie badania grupy krwi około 4 tygodnie przed planowanym zabiegiem operacyjnym
- wyników badań laboratoryjnych do zabiegów endoprotezoplastyki (wykonanych nie wcześniej niż 5-7 dni przed zabiegiem operacyjnym):
 - morfologia, APTT, INR, kreatynina, sód, potas, glukoza,
 - EKG,
 - grupa krwi – ze względu na możliwy przedłużony czas oczekiwania na wynik badania zaleca się wykonanie badania grupy krwi około 4 tygodnie przed planowanym zabiegiem operacyjnym
- wypisów z poprzednich hospitalizacji,
- wyników badań diagnostycznych – badania RTG na kliszy lub płytę CD z badaniem RTG, MR lub TK,
- w przypadku zabiegów endoprotezoplastyk oraz dużych zabiegów w zakresie chirurgii kręgosłupa obowiązkowego zaświadczenia lekarskiego z konsultacji stomatologicznej, potwierdzającego brak stanu zapalnego w jamie ustnej,
- posiadanych zaświadczeń o przeprowadzonych szczepieniach przeciwko żółtacze zakaźnej;
w przypadku braku szczepień jestem świadomy(a) ryzyka zakażenia wirusem WZW,
- zażywane leki w oryginalnych opakowaniach producenta,
- butelkę wody mineralnej niegazowanej.

Ważne uwagi dla Pacjentów:

1. W przypadku rezygnacji z zabiegu operacyjnego lub propozycji zmiany terminu prosimy o **natychmiastowe** zawiadomienie Sport-Kliniki. Tel. 32 475 93 37, 32 475 93 70, 32 475 93 79.

2. Mając na uwadze dobro Pacjenta, szybki powrót do zdrowia oraz uzyskanie pełnej sprawności fizycznej i jak najlepszych efektów po zabiegu operacyjnym, bezwzględnie zalecamy wizytę u specjalisty w Poradni Rehabilitacyjnej Sport-Kliniki. Tel. 32 475 93 41, 32 475 93 32.

3. Ze względu na przeprowadzone procedury medyczne zostałam/zostałem poinformowana/ny o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 24 godziny, od momentu wypisania ze Scanmed Sport Sp. z o.o. w Żorach.

Data ____-____-____ r.

Podpis Pacjenta Podpisy Opiekunów

Prosimy o uważne wypełnienie poniższego formularza. Dane w nim zawarte pomogą lekarzowi anestezjologowi wybrać odpowiednią metodę znieczulenia lub – jeśli to będzie konieczne – wdrożyć odpowiednie przygotowanie Pana/i do zabiegu. Jeśli macie Państwo wątpliwości przy udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w formularzu, to pomoże je wyjaśnić lekarz anestezjolog w czasie wizyty przedzabiegowej.

Uwagi: (*) – punkty dotyczące dziecka, dorośli wypełniają wszystkie punkty ankiety
 – zaznacz właściwą odpowiedź TAK lub NIE i uzupełnij

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

 - - r.

wiek

 lat

wzrost

 cm

waga

 kg

*1. Czy Pan(i) kaszle? TAK NIE

*2. Czy odkrztusza Pan(i) śluzową lub ropną wydzielinę? TAK NIE

*3. Czy ma Pan(i) katar? TAK NIE

*4. Czy boli Pana(ia) gardło? TAK NIE

5. Czy miewa Pan(i) duszności (uczucie braku powietrza)? TAK NIE

6. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy serca? TAK NIE

7. Czy miewa Pan(i) uczucie nierównego bicia serca? TAK NIE

8. Czy puchną Panu(i) nogi? TAK NIE

9. Czy miewa Pan(i) omdlenia lub zasłabnięcia? TAK NIE

*10. Czy występowały lub występują u Pana(i) TAK NIE

zaburzenia w krzepnięciu krwi - np. przedłużające się

krwawienie po zranieniach czy po usunięciu zębów?

**11. Czy obecnie zażywa Pan(i) jakieś leki? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie, w tabeli:

*12. Czy w ciągu ostatniego miesiąca zażywał(a) TAK NIE

Pan(i) lub miał(a) podawane jakieś leki?

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

*13. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu? TAK NIE

Jeżeli tak, to z jakiego powodu i kiedy:

AKTUALNIE ZAŻYWANE LEKI

Lp.	NAZWA LEKU	DAWKĄ LEKU	CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA		
			RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**Lekarstwa w oryginalnych opakowaniach należy dostarczyć w dniu przyjęcia pacjenta na oddział.

Imię i Nazwisko

PESEL

nr księgi głównej

wiek

lat

*14. Czy miał(a) Pan(i) jakieś zabiegi operacyjne? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić ile i jakie:

*15. Czy występowały jakieś powikłania związane ze znieczuleniem lub narkozą? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

16. Czy jest Pan(i) uczulony/a na leki, pokarmy, metale? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić na jakie:

17. Czy pali Pan(i) tytoń? TAK NIE

18. Czy nosi Pan(i) protezę zębową? TAK NIE

19. Proszę podać datę ostatniej miesiączki

.....

20. Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

21. Czy miewa Pan(i) bóle w okolicy kręgosłupa? TAK NIE

22. Proszę podać przebyte, zdiagnozowane choroby:

a. nadciśnienie tętnicze, od roku TAK NIE

b. choroba wieńcowa, od roku TAK NIE

c. zawał mięśnia sercowego, od roku TAK NIE

*d. inne choroby serca, jakie i kiedy: TAK NIE

*e. gruźlica, od roku TAK NIE

*f. przewlekły nieżyt oskrzeli, od roku TAK NIE

*g. inne choroby płuc, opłucnej i oskrzeli, TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie od kiedy:

*h. żółtaczką, jaki rodzaj, kiedy: TAK NIE

*i. inne choroby wątroby, jakie i kiedy: TAK NIE

*j. choroby nerek, jakie i kiedy: TAK NIE

*k. choroby tarczycy, jakie i kiedy: TAK NIE

*l. choroby układu nerwowego, mózgu, TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

*ł. czy kiedykolwiek wystąpiły drgawki? TAK NIE

*m. choroby psychiczne, jakie i kiedy: TAK NIE

n. porfiria TAK NIE

o. jaskra, od roku TAK NIE

*p. miastenia, od roku TAK NIE

*r. inne choroby mięśni, jakie i kiedy: TAK NIE

*s. cukrzyca od roku TAK NIE

*t. dna moczanowa od roku TAK NIE

*t. poważne urazy, TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

*u. inne choroby TAK NIE

Jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

23. Czy występują u Pana(i) częste, migrenowe uporczywe bóle głowy? TAK NIE

Data ____ - ____ - ____ r.

Podpis Pacjenta Podpisy Opiekunów

Imię i Nazwisko

PESEL

nr księgi głównej

wiek

lat

Uwagi lekarza:

Area with horizontal dashed lines for writing doctor's notes.

Data ____ - ____ - ____ r.

Podpis lekarza

Załącznik do świadomej zgody Pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego

Imię i Nazwisko

PESEL

nr księgi głównej

wiek

lat

NASTĘPSTWA OPERACJI:*

- ból pooperacyjny
- bólowe ograniczenie ruchomości
- krwiak podskórny/ zasinienie
- krwiak lub wysięk śródstawowy
- obrzęk operowanej kończyny lub operowanej okolicy
- czasowe ograniczenie funkcji operowanej kończyny

2A

ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWÓW – POWIKŁANIA

Głównym wskazaniem do zabiegu endoprotezoplastyki są zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe o różnej etiologii (przyczynie) z dużymi dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem ruchomości, przykurczami nie poddające się leczeniu zachowawczemu. Decyzja o zabiegu musi być podjęta z pełną świadomością faktu, że jest to zabieg nieodwracalny - to znaczy wyciętego chorego stawu w przypadku niepowodzenia zabiegu nic już nie zastąpi! Możliwe jest ewentualne wszczepienie nowej tzw. endoprotezy rewizyjnej lub próba usztywnienia stawu. Niepowodzenia zdarzają się rzadko - w ok. 3-4% dochodzi do wczesnego lub późnego „odrzucania” protezy spowodowanego infekcją lub tzw. obluźowaniem („odklejaniem”) protezy.

Możliwe powikłania związane z zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego:

- złamanie kości
- krwiak okolicy operowanego stawu
- uszkodzenia struktur wewnątrzstawowych
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- infekcja rany powierzchniowa, głęboka
- obluźowanie elementów endoprotezy
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- przykurcz stawu
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów
- zmiana długości / asymetria kończyn
- skostnienia pozaszkieletowe

2B

OSTEOTOMIA I ZESPOLENIA ZŁAMAŃ – POWIKŁANIA

Osteotomia jest to działanie polegające na przecięciu kości. Może ono mieć na celu poprawę kształtu kości, jej skrócenie lub wydłużenie, poprawę mechaniki stawu lub korekcję osi kończyny. Osteotomię stabilizuje się metalowymi implantami, pozwalającymi na zrośnięcie się odłamów.

Możliwe powikłania związane z zabiegiem osteotomii:

- złamania kości
- krwiak okolicy operowanego stawu
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- infekcja rany powierzchniowa, głęboka
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- destabilizacja zespolenia
- brak zrostu w obrębie miejsca osteotomii
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów
- zmiana długości / asymetria kończyn

- konieczność stosowania kul łokciowych/ortezy lub opatrunku unieruchamiającego
- uczucie pełności stawu
- okresowe przeskakiwania lub/i blokowania w stawie
- zanik mięśni, osłabienie siły mięśniowej

*Dotyczy powikłań 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2F, 2G, 2H, 2I.

2C

ARTROSKOPIA I ZABIEGI REKONSTRUKCYJNE W OBRĘBIE STAWÓW – POWIKŁANIA

Artroskopię wykonuje się w warunkach sali operacyjnej w znieczuleniu. Polega na wprowadzeniu mikrokamery zwanej artroskopem do stawu poprzez niewielkie nacięcia w okolicy stawu. Po jego wprowadzeniu, do wnętrza stawu podaje się roztwór soli fizjologicznej, co ułatwia obejrzenie wnętrza stawu. Następnie ocenia się wszystkie struktury wewnątrzstawowe: chrząstki stawowe, błonę maziową, więzadła, mięśnie, łąkotki. Ta część zabiegu artroskopii bywa nazywana artroskopią diagnostyczną. Następnie do stawu można wprowadzić miniaturowe instrumenty chirurgiczne i zastosować procedury lecznicze w obrębie stwierdzonej patologii. W przypadku przeprowadzenia tych procedur mówi się o artroskopii operacyjnej (terapeutycznej).

Możliwe powikłania związane z zabiegami artroskopowymi, rekonstrukcyjnymi:

- uszkodzenie struktur wewnątrzstawowych
- krwiak okolicy operowanego stawu
- infekcja rany powierzchniowa, głęboka
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- destabilizacja implantów i przeszczepu
- złamanie kości, uszkodzenie kości
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- przykurcz stawu
- włóknikowe zapalenie stawu
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- przetoka synowialna
- obrzęk tkanek sąsiednich w wyniku penetracji medium artroskopowego
- przejściowe bądź trwałe uszkodzenie nerwów obwodowych
- zaburzenia przewodnictwa nerwów w wyniku podrażnienia lub uszkodzenia
- uszkodzenia chrząstki stawowej
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów
- skostnienia pozaszkieletowe

2D

OPERACJE W ZAKRESIE STAWU BIODROWEGO – POWIKŁANIA

Możliwe powikłania związane z zabiegiem:

- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- zaburzenia przewodnictwa nerwów w wyniku rozciągnięcia, podrażnienia lub uszkodzenia
- uszkodzenia obróbka i chrząstki stawowej
- jałowa martwica głowy kości udowej
- zaburzenia czucia skóry narządów rodnych, przejściowe zaburzenie erekcji
- odleżyny obejmujące skórę narządów rodnych oraz stóp kończyn dolnych
- infekcja rany powierzchniowa, głęboka
- przetoka synowialna
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów
- skostnienia pozaszkieletowe

Imię i Nazwisko

PESEL

nr księgi głównej

wiek

lat

2E

OPERACJE W ZAKRESIE STAWU SKOKOWEGO – POWIKŁANIA

Możliwe powikłania związane z zabiegiem:

- uszkodzenia chrząstki
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- wysiękowe septyczne i aseptyczne zapalenie stawu
- włóknikowe zapalenie stawu
- przetoka synowialna
- destabilizacja implantów użytych do stabilizacji uszkodzeń wewnątrz i zewnątrzstawowych
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- infekcja rany powierzchowna, głęboka
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów

2F

OPERACJE W ZAKRESIE STOPY – POWIKŁANIA

Możliwe powikłania związane z zabiegiem:

- złamanie kości
- uszkodzenia chrząstki
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- destabilizacja miejsca zespolenia złamania, usztywnienie stawu, osteotomia
- zaburzenia przewodnictwa nerwów w wyniku podrażnienia lub uszkodzenia
- zaburzenia zrostu przeciętej kości
- przetoka synowialna
- zmiana długości palców
- niepełna korekcja zaburzonego ustawienia palców
- szybki nawrót deformacji
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- infekcja rany powierzchowna, głęboka
- staw rzekomy
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów

2G

OPERACJE W ZAKRESIE KANAŁU NADGARSTKA – POWIKŁANIA

Możliwe powikłania związane z zabiegiem:

- uszkodzenie nerwu pośrodkowego i/lub łokciowego
- uszkodzenia naczyniowe
- uszkodzenia ścięgien zginaczy
- bliźny pooperacyjne wciągające nerw i powodujące nasilenie objawów choroby
- infekcja rany powierzchowna, głęboka
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów

2H

OPERACJE W ZAKRESIE KRĘGOSŁUPA PRZEPROWADZANE

METODĄ NA OTWARTO – POWIKŁANIA

Powikłania śródoperacyjne miejscowe to:

- uszkodzenie worka oponowego
- konieczność rozszerzenia zabiegu
- uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów
- niepowodzenia przy zakładaniu implantów
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów

Powikłania pooperacyjne miejscowe wczesne:

- krwiaki
- wczesna infekcja rany powierzchowna, głęboka
- opóźnione gojenie rany pooperacyjnej
- wystąpienie dodatkowych dolegliwości
- brak poprawy

Powikłania miejscowe późne:

- późna infekcja rany powierzchowna, głęboka
- rozejście rany pooperacyjnej
- obluźwanie implantów

- utrzymujące się dolegliwości bólowe
- utrzymujące się ograniczenie funkcji kręgosłupa
- zapalenie pajączynówki
- choroba sąsiedniego dysku

Powikłania ogólne to:

- zapalenie żył kończyn dolnych
- reakcje alergiczne na stosowane środki medyczne
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- zawał serca
- nagłe zatrzymanie krążenia
- utrata krwi wymagająca przetoczenia krwi obcej i ryzyko z tym związane
- zapalenie dróg moczowych
- w skrajnych przypadkach śmierć

2I

OPERACJE W ZAKRESIE KRĘGOSŁUPA PRZEPROWADZANE METODĄ MAŁOINWAZYJNĄ – POWIKŁANIA

Powikłania śródoperacyjne miejscowe to:

- brak możliwości wykonania zabiegu (ze względu na duże zmiany zwyrodnieniowe, anomalie anatomiczne)
- podrażnienie lub częściowe uszkodzenie nerwu rdzeniowego
- uszkodzenie worka oponowego (w endoskopii)
- okołoperacyjne otarcia powłok skórnych lub odleżyny
- oparzenie skóry
- świadome pozostawienie trudnych lub niemożliwych do usunięcia fragmentów uszkodzonych narzędzi lub implantów

Powikłania pooperacyjne miejscowe wczesne i późne:

- krwiaki
- infekcja rany powierzchowna, głęboka
- wystąpienie dodatkowych dolegliwości
- brak poprawy

Powikłania ogólne to:

- reakcje alergiczne na stosowane środki medyczne
- choroba zakrzepowo-zatorowa
- zawał serca
- nagłe zatrzymanie krążenia
- w skrajnych przypadkach śmierć

2J

BLOKADA KORZENIOWA I NADTWARDÓWKOWA – POWIKŁANIA

- krwiak pooperacyjny w mięśniach okółokręgosłupowych, tkance podskórnej i kanale kręgowym
- neuropatia korzeniowa z zaburzeniami czucia i niedowładem w przypadku uszkodzenia korzenia nerwowego
- zatorowość płucna lub innych narządów
- odczyny alergiczne

2K

POBRANIE KOMÓREK ASC (stromalnych komórek tkanki tłuszczowej) z tkanki tłuszczowej własnej – POWIKŁANIA

- krwiak w powłokach brzusznych, zasinienie miejscowe
- dolegliwości bólowe
- zrosty w tkance podskórnej
- infekcja
- asymetria – nieregularne obrysy powłok brzusznych
- nieregularna pigmentacja skóry
- zaburzenia czucia powierzchownego powłok brzusznych
- zatorowość tłuszczowa – powikłania sercowe oraz płucne
- uszkodzenia struktur głębokich tj. naczyń, nerwów, mięśni, płuc oraz narządów jamy brzusznej

2L

PODANIE DOSTAWOWE KOMÓREK ASC (stromalnych komórek tkanki tłuszczowej), PRP (osocza bogatopłytkowego), surowicy zawierającej białko przeciwapalne (IL-1RA) (SANA-KIN) – POWIKŁANIA

- dolegliwości bólowe
- uczucie rozpierania
- obrzęk
- zwiększone ocieplenie, zaczerwienienie
- infekcja
- uszkodzenia jatrogenne naczyń, nerwów

Zapoznałam/-em się ze szczegółowymi potencjalnymi zagrożeniami, które mogą wystąpić w wyniku leczenia i zgadzam się na proponowane mi leczenie operacyjne. Poinformowano mnie o **ryzyku** związanym z operacją, dających się przewidzieć następstwach i możliwych powikłaniach związanych z tym zabiegiem.

Data ___ - ___ - ___ r.

Podpis Pacjenta/ Opiekuna prawnego

Informacje dla Pacjentów

Termin 1 – na co najmniej 2 tygodnie przed wyznaczonym terminem zabiegu prosimy Pacjenta o telefoniczny lub osobisty kontakt w celu potwierdzenia przybycia na operację pod numerami telefonów: **32 475 93 37, 32 475 93 70, 32 475 92 22, 32 475 93 79**

Brak potwierdzenia będzie oznaczał rezygnację Pana/i z zabiegu.

UWAGA: druk nr 1 – „Ankieta kwalifikacyjna” zawiera listę pozostałych terminów wraz z opisem, które Pacjent powinien uważnie przeczytać i zastosować się do nich.

Prosimy zastosować się do poniżej zaznaczonych punktów:

- 1. Szczepienie przeciw WZW typu B:** Wskazane jest wykonanie szczepień przeciw WZW typu B. W przypadku braku szczepień jestem świadomy(a) ryzyka zakażenia wirusem WZW.
- 2. Zaświadczenie lekarskie:** W przypadku zabiegów endoprotezoplastyk oraz dużych zabiegów w zakresie chirurgii kręgosłupa pacjent zobowiązany jest do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego z konsultacji stomatologicznej, potwierdzającego brak stanu zapalnego w jamie ustnej.
- 3. Badanie krwi przed zabiegiem i EKG:** Badanie wykonujemy w Sport- Klinice od poniedziałku do piątku w godz. 8.30–10.30 (Gabinet Zabiegowy). Badanie proszę wykonać około 5–7 dni przed terminem operacji.
- 4. Kule łokciowe:** Proszę zabrać ze sobą kule łokciowe. Kule nie są refundowane przez NFZ. Można je kupić w Sport-Klinice lub innych sklepach zaopatrzenia medycznego.
- 5. Orteza:** Jest to przedmiot ortopedyczny typu: unieruchomienie kolana (orteza sztywna lub zawiasowa), unieruchomienie stawu skokowego, unieruchomienie nadgarstka, unieruchomienie barku oraz pas. W procesie leczniczym często zachodzi potrzeba stosowania w/w ortez. Wybrane z nich są całkowicie lub częściowo refundowane przez NFZ. Jeśli lekarz prowadzący zleci po zabiegu zastosowanie takiego sprzętu to na MIEJSCU ZOSTAJE WYPISANY WNIOSEK, KTÓRY MOŻNA ZREALIZOWAĆ W NASZEJ KLINICE w punkcie zaopatrzenia medycznego.
- 6. Dokumentacja medyczna:** Proszę zabrać ze sobą wypisy ze szpitali, wyniki badań, badania obrazowe (MR, TK, zdjęcia RTG) oraz wypełnioną ankietę kwalifikacyjną (druk nr 1).
- 7. Paznokcie:** Proszę obciąć paznokcie oraz zmyć lakier do paznokci.
- 8. Zmiany skórne:** W przypadku wystąpienia nawet drobnych zmian zapalnych lub ropnych ciała proszę zawiadomić personel telefonicznie lub niezwłocznie po przybyciu do Sport-Kliniki.
- 9. Profilaktyka przeciwzakrzepowa:** Jeżeli lekarz kwalifikujący Pana/ Panią do zabiegu operacyjnego przepisze na receptę leki przeciwzakrzepowe – heparynę drobnocząsteczkową; to proszę zastosować się do tekstu poniżej oraz na drugiej stronie. Leki przeciwzakrzepowe hamują powstawanie zakrzepów i umożliwiają ich rozpuszczanie się. Stosuje się je głównie u chorych na żylną chorobę zakrzepowo-zatorową: zakrzepicę żył głębokich i/lub zator tętnicy płucnej oraz u milionów ludzi przed i po planowanych zabiegach chirurgicznych, aby nie dopuścić do rozwoju zakrzepicy żył głębokich i zatoru tętnicy płucnej. Można je stosować w domu pacjenta bez konieczności hospitalizacji oraz jako kontynuację rozpoczętej w szpitalu terapii. Bezpieczeństwo i skuteczność domowej terapii z zastosowaniem jednorazowych ampułkostrzykawkę heparyny drobnocząsteczkowej zostało potwierdzone w bardzo wielu wiarygodnych badaniach naukowych.
- 10. Rehabilitacja:** Mając na uwadze dobro Pacjenta, szybki powrót do zdrowia oraz uzyskanie możliwie pełnej sprawności fizycznej i jak najlepszych efektów po zabiegu operacyjnym, zapewniamy współpracę z wykwalifikowanymi fizjoterapeutami, przed leczeniem operacyjnym, podczas pobytu na oddziale, jak i w późniejszym procesie rehabilitacyjnym. Wszelkie informacje można uzyskać pod numerami tel. 32 475 93 41 (rejestracja na rehabilitację) lub 32 475 93 32 (gabinet konsultacyjny).

Życzymy naszym Pacjentom szybkiego powrotu do zdrowia i pełnej aktywności ruchowej.

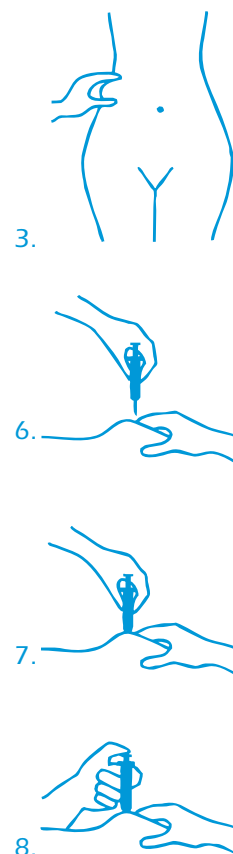
Pytanie: Czy w trakcie terapii heparyną drobnocząsteczkową można stosować inne leki?

Odpowiedź: Niektóre leki przepisane uprzednio przez innych lekarzy Pacjent musi przyjmować stale (np. leki obniżające ciśnienie lub stosowane w leczeniu cukrzycy). Tego typu terapii nie należy przerywać. Jednak pewnej grupy leków należy się wystrzegać. Są to tzw. niesterydowe leki przeciwzapalne oraz przeciwkrzepliwe. Jednoczesne stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej i w/w leków może spowodować wystąpienie poważnych powikłań krwotocznych. Podstawowa zasada w trakcie leczenia heparyną drobnocząsteczkową jest następująca: jeśli chcesz przyjąć jakiś dodatkowy lek, skontaktuj się ze swoim lekarzem prowadzącym. Unikaj leków z grupy niesterydowych leków przeciwzapalnych. Proszę wstrzyknąć sobie podskórnie jedną ampułkostrzykawkę heparyny drobnocząsteczkowej ok. 18.00 dzień przed zabiegiem.

Pytanie: Jak samodzielnie wykonać wstrzyknięcia podskórne?

Odpowiedź: Proszę kierować się poniższymi wskazówkami:

1. Przed przystąpieniem do wykonywania zastrzyku należy dokładnie umyć ręce, używając mydła i wody, a następnie je wysuszyć.
2. Przyjąć wygodną pozycję leżącą lub siedzącą tak, aby dokładnie widzieć okolice brzucha dookoła pępka.
3. Wybrać okolice brzucha na prawo lub lewo od pępka w odległości powyżej 5 cm od jego centrum. Zastrzyków nie należy wykonywać obok blizn lub siniaków.
4. Wyjałowić miejsce, które zostało wybrane do iniekcji, używając siedemdziesięcioprocentowego roztworu spirytusu.
5. W momencie, gdy wyjałowiona część brzucha wyschnie, należy zdjąć gumową osłonkę strzykawki. Podczas stosowania strzykawk nie należy przesuwac tłoku strzykawki w celu usunięcia pęcherzyków powietrza, ze względu na możliwość utracenia dużej części przepisanej dawki leku.
6. Strzykawkę z przepisaną zawartością heparyny drobnocząsteczkowej należy trzymać w tej dłoni, którą piszesz – podobnie jak długopis. Drugą dłonią, wykorzystując kciuk i palec wskazujący, należy wytworzyć fałd skóry, obejmujący wyjałowioną uprzednio okolice. **W czasie wykonywania wstrzyknięcia leku należy przez cały czas podtrzymywać fałd skóry. Jest to niezwykle ważne dla bezpieczeństwa zabiegu. Leku nigdy nie należy podawać bezpośrednio do mięśni, ponieważ takie postępowanie może spowodować groźnego krwiaka.**
7. Igłę strzykawki należy wbić w całości, prostopadłe do fałdu skórno (kąt 90 stopni).
8. Naciśnij tłok strzykawki, wprowadzając zawartość strzykawki do tkanki tłuszczowej zlokalizowanej dookoła pępka. Pamiętaj o konieczności podtrzymywania fałdu skórno podczas całego okresu wstrzykiwania leku.
9. Zdecydowanym ruchem usuń igłę ze skóry i dopiero wtedy możesz uwolnić wytworzony fałd skórny. Nie pocieraj i nie drap miejsc, w których wykonywałeś zastrzyki.
10. Wyrzuć strzykawkę w miejsce niedostępne dla dzieci.



Pytanie: Jakie są podstawowe zasady dla Pacjentów w trakcie pobytu w Sport-Klinice?

Odpowiedź: Podstawowe zasady:

1. Odwiedziny chorych: ze względu na dobro i zdrowie wszystkich Pacjentów zalecane są w godzinach 16–20. Mając na uwadze bezpieczeństwo wszystkich Pacjentów zaleca się, aby Pacjenta odwiedzały maksymalnie 2 osoby jednocześnie.
2. Żywność: zabrania się bez zgody lekarza lub pielęgniarki spożywania innej żywności niż podanej przez personel Kliniki.

Pytanie: Jakie są najważniejsze informacje dla Pacjentów po zabiegu i po pobycie w Sport-Klinice?

Odpowiedź: Najważniejsze informacje:

1. **Wypisy Pacjentów po zabiegu od poniedziałku do piątku odbywają się od godziny 12:00, natomiast w soboty od godziny 9:00.** Zalecenia pooperacyjne będą się znajdować w Karcie Wypisowej.
2. **Zwolnienie lekarskie:** Prosimy pamiętać o zgłoszeniu potrzeby wystawienia zwolnienia lekarskiego.
3. **Recepty:** Recepty na zlecone leki (przeciwzakrzepowe, przeciwbólowe itp.) otrzymają Państwo przy wypisie.
4. **Transport:** Pacjent nie może samodzielnie prowadzić pojazdów mechanicznych.
5. **Zmiana opatrunku i usunięcie szwów:** Po zabiegu wizyty w Gabinetzie Zabiegowym w celu zmiany opatrunku i usunięcia szwów oraz innych czynności zabiegowych są odpłatne zgodnie z obowiązującym cennikiem Kliniki.
6. **Kontakt ze Sport-Kliniką w dni wolne od pracy:** w pilnych sytuacjach (silny ból, niepokojące objawy) prosimy o kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym pod numerem tel. kom. 697 77 60 70.
7. **Konsultacja rehabilitacyjna:** po zabiegu **bezwzględnie wskazana jest** konsultacja z fizjoterapeutą celem profesjonalnego zaplanowania dalszego procesu rehabilitacyjnego; jej termin można ustalić podczas wypisu ze szpitala lub indywidualnie, pod numerem tel. 32 475 93 41.

W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt telefoniczny lub drogą mailową (info-sk@scanmed.pl).