

Žádost o interní předoperační vyšetření**1. PACIENT**

Příjmení a Jméno:	
Rodné číslo:	
Operační výkon:	ASK kolene/ASK ramene/jiné
Předpokládaná anestezie:	celková/kombinovaná/spinální
Datum plánovaného výkonu:	

2. POPIS ZDRAVOTNÍHO ZAŘÍZENÍ VYKONÁVAJÍCÍ ZDRAVOTNÍ VÝKON

Název a IČO:	Ave Medical Prague s.r.o, IČO: 175 06 182
Místo zdravotního výkonu:	Praha 2, Londýnská 160/39, PSČ 120 00
IČZ:	02465001

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

žádáme Vás o předoperační vyšetření pana/paní, který(á) bude přijat(a) k plánované operaci v režimu jednodenní ortopedie. Ke zhodnocení předoperačního nálezu prosíme použít ASA klasifikaci – pro naše pracoviště jednodenní ortopedie jsou vhodní pacienti s ASA I – ASA II (výkony v analgosedaci lze provádět i u pacientů s ASA III).

Předoperační vyšetření:

- provádí registrující praktický lékař, pediatr nebo internista
- **nesmí být starší než 30 dní**
- musí obsahovat následující informace:

- * anamnéza + fyzikální vyšetření
- * medikace
- * krevní obraz, moč + sediment, ionty, jaterní testy, urea, kreatinin, glykémie, INR, APTT (kromě dětských pacientů splňujících kritéria ASA I a II)
- * **EKG záznam s popisem (křivka) u pacientů nad 40 let**
- * RTG plic u pacientů nad 60 let, kuřáků, nebo s pozitivní plicní nebo kardiologickou anamnézou
- * **index tělesné hmotnosti (BMI) – akceptovatelné ≤ 39**
- * spirometrie u pacientů nad 70 let, nebo s pozitivní plicní anamnézou, či s obezitou BMI > 35
- * **lékařská zpráva ne starší než 6 měsíců, pokud je pacient sledován v odborných ambulancích (kardiologie, neurologie, diabetologie, endokrinologie, onkologie apod.)**
- * **vyjádření k schopnosti pacienta podstoupit operační výkon**

Děkujeme za Vaši spolupráci.



MUDr. Jakub Avenarius

Vedoucí lékař jednodenní ortopedie AVE Clinic

02	AVE Medical Prague s.r.o.
465	Londýnská 160, 120 00 Praha 2
001	IČO: 17506182 tel.: 727 800 162
	email: info@aveclinic.cz